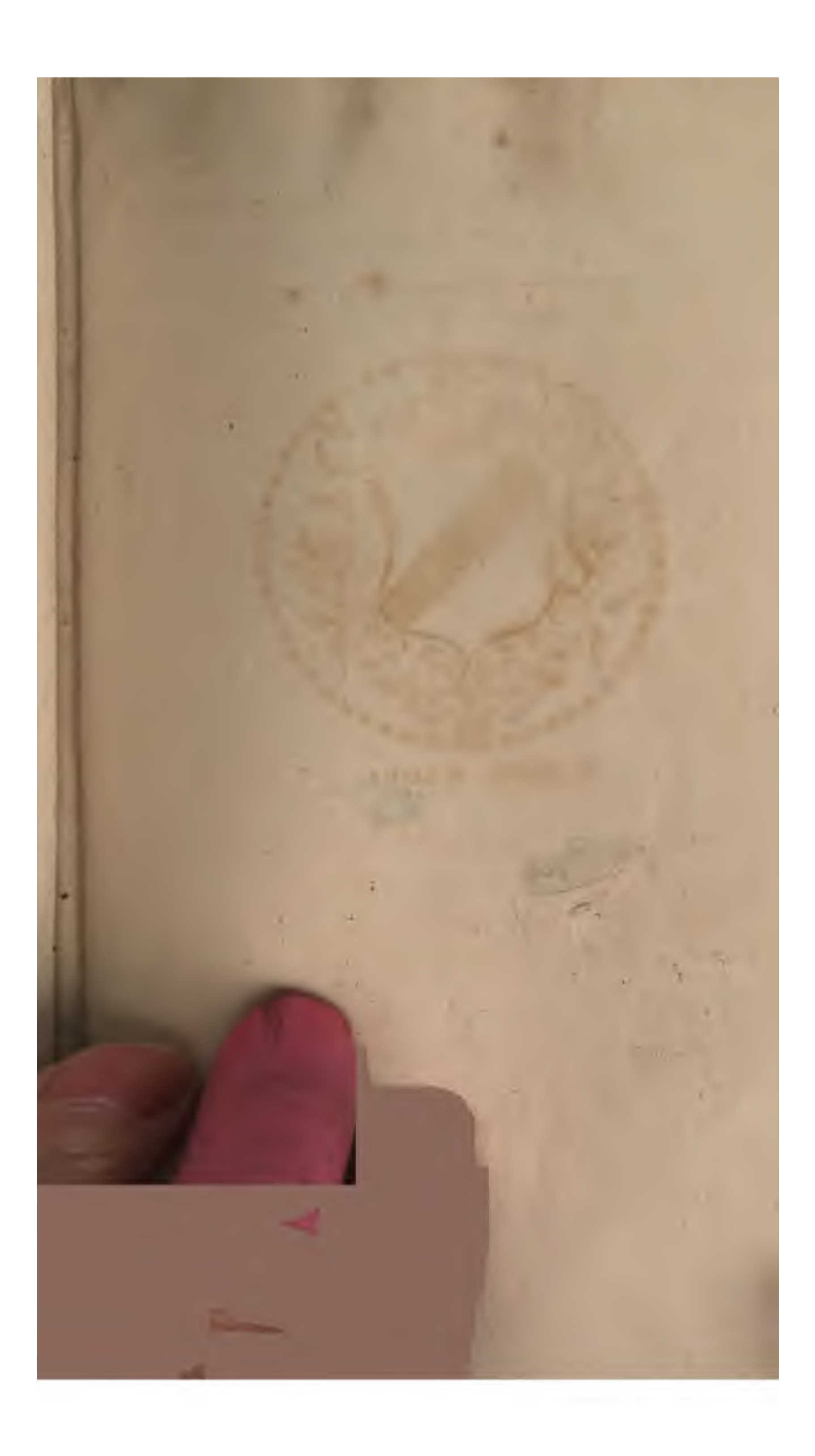








HISTOIRE
DES
PHLEGMASIES
OU
INFLAMMATIONS CHRONIQUES,

FONDÉE SUR DE NOUVELLES OBSERVATIONS
DE CLINIQUE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE;

Ouvrage présentant un tableau raisonné des variétés et des combinaisons diverses de ces maladies, avec leurs différentes méthodes de traitement.

PAR F.-J.-V. BROUSSAIS,

Chevalier de l'ordre royal de la Légion d'Honneur; Médecin en chef et premier Professeur à l'Hôpital militaire d'Instruction de Paris; Membre titulaire de l'Académie royale de Médecine; Membre honoraire de la Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie du département de l'Eure; de l'Académie royale de Médecine de Madrid; Associé de la Société patriotique de Cordoue; Correspondant de la Société d'émulation de Liége; Associé correspondant de la Société médicale de la Nouvelle-Orléans, et de la Société de médecine de Louvain.

TROISIÈME ÉDITION,
REVUE ET AUGMENTÉE DE NOTES,

TOME PREMIER.

A PARIS,

CHEZ { GABON, Libraire, place de l'École-de-Médecine;
CROCHARD, Libraire, Cloître-Saint-Benoît, n°. 16.

1822.

AVIS

SUR CETTE TROISIÈME ÉDITION.

Lorsqu'en 1816 je publiai la seconde édition de l'*Histoire des Phlegmasies*, je crus devoir respecter le texte comme une sorte de monument qui marque avec précision le point d'où je suis parti pour élever la doctrine physiologique. Toutefois, en y réfléchissant davantage, j'ai reconnu qu'il y avait dans cet ouvrage une partie susceptible de perfectionnement, et l'autre qui devait nécessairement conserver sa couleur primitive. En effet, les prolégomènes, qui sont des propositions générales indépendantes des circonstances où s'est trouvé l'auteur à l'époque de la composition de l'ouvrage, peuvent se prêter à un plus grand développement, et subir telle autre amélioration que l'état actuel de la science comporte, sans que cela porte atteinte à la véracité de la narration : aussi les ai-je refondus entièrement. Mais lorsqu'ensuite l'auteur se représente encore jeune

praticien au milieu d'une armée toujours en mouvement, et dans des hôpitaux militaires instantanément formés afin de pourvoir aux besoins du service, il ne saurait, sans mentir à ses lecteurs, leur dire qu'il a considéré et traité les maladies autrement qu'il ne l'a fait à cette époque. Il ne saurait en conscience se montrer et plus sage et plus expérimenté qu'il ne l'était. J'ai donc été forcé de reproduire la narration de mes premières campagnes, et les réflexions que j'ai faites sur les premiers malades qui m'ont été confiés, sans leur faire subir aucune altération. Ce que je pouvais faire, c'était de rectifier par des notes les erreurs que je crois avoir commises, et je n'ai pas hésité à m'acquitter de ce devoir, en ralliant les faits dont cet ouvrage est rempli aux principes de la doctrine physiologique, qui n'a cessé de faire des progrès jusqu'à ce jour. C'est ainsi que j'ai cherché à concilier les intérêts de la vérité avec ceux de la science et de l'humanité. Le lecteur jugera si j'ai atteint ce double but.

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION, EN 1808.

La Médecine ne s'enrichit que par les faits; fournir de nouveaux faits, ce serait donc fournir de nouvelles lumières; mais lorsqu'ils sont pour ainsi dire tous connus, ou du moins lorsqu'il est difficile d'en produire qui n'aient point été relatés par quelque observateur, c'est à les rapprocher que le médecin jaloux de s'acquitter envers l'humanité doit s'occuper. Il ne suffit pas qu'un fait soit publié pour que la science en ait retiré tout le profit qu'il peut lui rapporter. Les observations que l'on répand avec tant de profusion dans nos feuilles périodiques ne deviennent véritablement utiles que de loin en loin, lorsque la science a fait quelques progrès qui permettent d'en tirer de nouvelles conclusions.

Les faits ne seront pas moins stériles dans

les recueils les plus volumineux et dans les collections académiques, lorsqu'ils y seront entassés sans ordre, ou rapprochés sans motifs. Mais si vous les disposez d'après leur degré d'analogie, si vous les interrogez séparément, à l'imitation de l'immortel Morgagni, si vous les forcez de se prêter une lumière mutuelle, vos yeux seront bientôt frappés d'un jour inattendu, et vous verrez s'agrandir l'horizon de la science.

C'est ce que j'éprouvai jusqu'à un certain point lorsque, dans l'intention de rectifier mes idées sur la fièvre hectique, je rassemblai, à l'exemple de Trnka (*Historia febris hecticae omnis aevi observata medica continens*), les faits épars dans les différens auteurs. Ces recherches néanmoins laissèrent dans mon esprit un vide immense : que de circonstances sur lesquelles j'aurais voulu être éclairé et qu'on n'avait pas seulement indiquées ; de combien d'inutiles détails ne fatiguait-on pas mon attention ; que de réflexions déplacées pour me faire prendre le change sur les causes, sur la nature du mal, ou sur les effets toujours merveilleux des mé-

dicamens !... Il était clair que chaque auteur avait eu dans sa rédaction un but tout différent. Comment compter sur la justesse des inductions que j'allais tirer du rapprochement de faits ainsi tronqués ou défigurés? Il fallait être avare de conclusions et ne jamais sortir des grandes généralités.

Le même obstacle arrêtera toujours le médecin qui voudra traiter un sujet plus ou moins circonscrit, d'après les observations des autres, jusqu'à ce qu'on soit unanimement convenu de ce qu'il faut dire, de ce qu'on peut, et de ce qu'on doit taire, afin de rédiger une bonne observation. Tant que l'art d'exposer les phénomènes des maladies n'aura point acquis cette perfection, qui peut-être se lie à celle de la science, celui qui voudra étendre ses idées sur un genre quelconque d'affections pathologiques se verra forcé de remonter à la source première, et de recueillir lui-même les faits que la nature, toujours uniforme dans ses opérations, ne cesse jamais de nous représenter.

Telle fut aussi la tâche que je m'imposai

aussitôt que je me vis chargé d'un service médical de quelque importance. Je désirais particulièrement d'approfondir les affections chroniques, fléau d'autant plus redoutable, qu'il inspire peu d'effroi à ses victimes, et contre lequel nous sommes d'autant moins prémunis, qu'il fatigue la patience des médecins, qu'il les décourage et les dégoûte de l'observation.

Mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il n'était possible d'acquérir, sur aucun genre d'affections morbides, des idées générales, claires et satisfaisantes, qu'à force d'en étudier les variétés individuelles; et que nul ne pouvait se flatter de bien connaître une variété, s'il n'avait les moyens de se retracer avec vérité la cause, les progrès et la terminaison de chaque maladie. Mais comment recueillir des images fidèles de tous ces objets, comment les accumuler sans les confondre, dans un grand hôpital, dans ce tableau mouvant des infirmités humaines, où mille symptômes différens se croisent, se mêlent, se défigurent les uns les autres, et viennent frapper à la fois tous les sens du médecin? Com-

ment espérer de conserver ces images dans leur pureté primitive ? Comment surtout se flatter de pouvoir les reproduire au besoin, et les présenter avec ordre au jugement qui doit les examiner attentivement pour en connaître les rapports et les différences? La faiblesse de nos organes nous permet-elle un degré d'action aussi pénible et aussi longuement soutenu? — L'observateur scrupuleux ne saurait donc se dispenser de tracer isolément l'histoire complète des maladies, jusqu'à ce qu'il croie avoir passé en revue la très-grande majorité des cas.

En recommandant des histoires complètes, nous entendons que cette expression soit prise dans son acception la plus étendue. Toute maladie a deux terminaisons possibles : ainsi, lorsque les efforts du médecin n'auront pas été couronnés du succès désiré, il ne pourra regarder l'observation comme terminée qu'autant qu'il aura suivi la maladie jusqu'à la dissolution de l'organisme ; je dis jusqu'à la dissolution, car il n'est point d'affection pathologique qui ne puisse imprimer une modification particulière au phé-

nomène qui restitue nos corps aux lois de la matière inorganique. Si les cadavres nous ont quelquefois paru muets, c'est que nous ignorions l'art de les interroger. En comparant souvent, après la mort, l'état des organes avec les symptômes qui ont prédominé durant la vie, on apprend à rapporter ceux-ci à leur véritable source, à distinguer les altérations d'action purement sympathiques d'avec celles qui sont dues à la lésion idiopathique d'un appareil ; on rectifie les faux jugemens qu'on a portés ; on s'habitue à devenir circonspect ; on s'exerce à distinguer l'influence des agens extérieurs d'avec ce qui tient essentiellement à la succession régulière des phénomènes morbides ; en un mot, on se perfectionne dans toutes les branches de la médecine physiologique.

Lorsqu'on a long-temps observé et rapproché d'après cette méthode, il s'agit de procéder aux conclusions ; mais il faut le faire avec une extrême sagesse. C'est ici que se montre la mesure du génie. Celui qui ne généralise pas assez nous fait penser qu'une partie de ce qu'il a observé est perdue pour

lui : celui qui tombe dans l'excès opposé et qui prononce en dernier ressort, montre sa présomption et son orgueil; l'un et l'autre témoignent qu'ils ont des vues rétrécies : ils ne rendront jamais de grands services à l'art.

Ce n'est pas assez pour le médecin qui veut reculer les limites de la science d'être né avec les plus heureuses dispositions, de beaucoup lire, de beaucoup voir, de beaucoup méditer : si, pendant un certain nombre d'années, il ne suit pas la route que nous venons de tracer; si, content d'observer en détail, au moment de ses visites, il ne recueille que des notes générales; s'il borne sa curiosité anatomique à l'examen des cas extraordinaires, ou de ceux qui lui paraîtront incertains, il n'échappera point à l'erreur. N'ayant jamais envisagé toutes les formes des maladies, il ne peut en conserver que des images imparfaites et tout-à-fait dissemblables aux modèles. Par conséquent, chaque fois qu'il voudra faire un rapprochement, il tirera de fausses conséquences. Alors plusieurs écueils également dangereux l'exposeront au plus triste des naufrages : s'il est fa-

natique de ses opinions ou de celles d'autrui, il forcera tous les faits de se plier à sa fausse théorie, et marchera d'erreur en erreur jusqu'à l'extrémité de sa carrière : s'il est naturellement inconstant, ou s'il conserve encore assez de liberté dans le jugement pour apercevoir les nombreuses contradictions que les faits mal observés ne manquent jamais de présenter, il abandonnera toute espèce de doctrine, il se livrera à l'empirisme le plus aveugle, ou tombera dans un septicisme déplorable.

Telle est, n'en doutons point, l'origine de tous ces systèmes ridicules qui défigurèrent autrefois la plus belle des professions, et qui, même aujourd'hui, semblent se reproduire comme pour l'arrêter dans son essor et l'empêcher de suivre les progrès des autres sciences naturelles. C'est d'après cette vicieuse méthode d'observation ; quelquefois même sur des souvenirs fugitifs qu'on n'a jamais songé à fixer par des notes, et que l'on rappelle confusément au besoin, pour les défigurer de nouveau par la rédaction, que sont encore composées, de nos jours cette foule

immense de constitutions médicales et d'histoires d'épidémies dont on soutient à peine une fois la lecture, et qui ne paraissent multiplier les richesses de l'art que parce qu'elles les bouleversent et les confondent..... Les observateurs de l'homme seront-ils donc toujours les seuls qui ne sachent pas observer ? Ne cesseront-ils point de mériter ce reproche humiliant qui retentit aujourd'hui jusque dans nos écoles : *toute théorie devient inutile dans la pratique ?* Médecins, qui vous frappez vous-mêmes avec les armes de vos adversaires, condamnez, j'y consens, les vaines hypothèses et les fantômes monstrueux de l'imagination, mais ne les confondez pas avec la véritable théorie ; que la théorie soit pour vous ce qu'elle est pour les autres sciences, *le résultat des faits réduit en principe ;* observez bien, rapprochez avec habileté, concluez avec justesse, et vous aurez une théorie qui ne vous abandonnera point au lit des malades, et que vous respecterez sans doute, puisque chacun de vous aura su l'enrichir et la perfectionner.

Toutes les circonstances dont nous exi-

geons le concours pour former un bon observateur ne peuvent se réunir que dans les hôpitaux. Il manquera toujours à la pratique civile la plus étendue la facilité d'interroger les cadavres. C'est donc aux médecins d'hôpitaux qu'est imposée plus particulièrement la tâche pénible de reculer les bornes de l'art de guérir. Les autres doivent sans doute les seconder, puisqu'il est certains objets qu'ils ont aussi la faculté d'approfondir : telles sont plusieurs aberrations des facultés sensitives et motrices qui tiennent plutôt à l'abus qu'à la privation des jouissances de la vie. Mais, sur ces points-là même, le médecin uniquement livré à la pratique particulière ne peut jamais pousser bien loin les conséquences sans courir risque de s'écarter de la bonne route, à moins qu'il ne s'éclaire à chaque instant de l'expérience toujours plus exacte du médecin d'hôpital exercé à comparer l'homme mort avec l'homme vivant. Depuis que les travaux de l'illustre Morgagni sont connus, quel médecin a osé écrire un traité pratique sans lui demander en quelque sorte la sanction des propositions qu'il avance sur les causes et la nature

des maladies ? Malheur à celui qui ne l'a pas fait, s'il n'était assez riche de son propre fonds pour se passer d'un emprunt si souvent nécessaire !

L'observation clinique et anatomico-pathologique des hôpitaux, toujours féconde par elle-même, donnera cependant des résultats différens, en raison de la différence des sujets, du pays, de la situation, de l'exposition, etc. Ce n'est point ici le lieu de traiter ces questions; je me contenterai de faire remarquer que les hôpitaux des armées m'ont particulièrement offert le genre de maladies que j'ai cherché à approfondir dans ce Traité. En effet, plus redoutables que les plus terribles épidémies, qui ne paraissent que dans certaines circonstances, qui sont prévues, redoutées, combattues avec toutes les ressources de l'art, les affections chroniques, dont les causes sont toujours en action, ne sont point susceptibles d'interruption, et abandonnent rarement leurs victimes avant de les avoir immolées; de sorte que, si l'on récapitule, au bout d'un certain temps, les différens genres de mort, on trouve qu'elles

ont enlevé plus d'hommes aux drapeaux que toutes les autres maladies réunies : tel est du moins le résultat que j'ai constamment obtenu de mes tables nécrologiques.

J'ai dit que j'avais autrefois rassemblé un grand nombre d'observations, afin de mieux connaître cette fièvre lente qui dévore insensiblement une foule de malheureux, et les conduit au tombeau long-temps avant le terme fixé par la somme de forces que leur avait départies la nature, et j'ai fait entendre que j'avais été peu satisfait du résultat de mes recherches. N'ignorant pas combien les exemples de ces maladies abondent dans les hôpitaux militaires, où j'avais long-temps servi avant d'être chargé en chef du traitement des affections internes, j'étais surpris qu'aucun médecin n'eût daigné s'en occuper d'une manière particulière (1), tandis qu'on voyait se multiplier sans mesure les traités d'affections aiguës. L'histoire fidèle de la

(1) On voit que je ne connaissais pas l'ouvrage de Pujol de Castres. Il considère les phlegmasies chroniques comme autant de phlegmons. *Voyez l'Examen des doctrines, etc.*

cause et du développement des consomptions que je rencontrai dès mes premiers pas dans ma nouvelle carrière, et l'ouverture des cadavres, m'eurent bientôt appris que les auteurs de médecine n'avaient gardé le silence sur la plupart des étisies que parce qu'ils avaient manqué de constance dans l'étude et l'observation des maladies aiguës, et qu'ils avaient craint d'affaiblir la confiance qu'ils voulaient inspirer dans leur méthode thérapeutique.

En effet, la très-grande majorité des infortunés que je trouvai consumés par une maladie chronique étaient tout simplement victimes d'une inflammation qui n'avait pu être guérie dans sa période d'acuité. Il est vrai que bien souvent le défaut de succès dépendait ou de ce que le malade n'avait pas assez promptement réclamé les secours de l'art, ou de ce que son indocilité les avait rendus inutiles. Mais combien n'en trouvai-je pas aussi dont la maladie, toujours mal traitée, avait été visiblement méconnue !

Aussitôt je me persuadai que si quelque

ami de l'humanité s'occupait à rassembler, dans le même cadre, un grand nombre de ces maladies aiguës dégénérées en chroniques, dont les auteurs cessent de nous entretenir aussitôt qu'ils n'ont plus l'espoir de les guérir; s'il comparait avec patience les histoires détaillées de chacune d'entre elles; s'il éclairait celles qui ne font encore que menacer les jours des malades, par celles dont la funeste terminaison a permis d'examiner l'état des organes; je me persuadai, dis-je, qu'il parviendrait à sauver un grand nombre de victimes déjà condamnées; qu'il apprendrait aux praticiens à prévenir des malheurs qu'ils ne sont pas toujours maîtres de réparer; en un mot, qu'il ferait faire un très-grand pas à la science. Je sentais trop ma faiblesse pour oser espérer de remplir une tâche aussi difficile; mais le défaut d'un guide sur les pas duquel je pusse marcher, et la nécessité, l'indispensable nécessité où j'étais de dissiper les doutes sans nombre qui assiégeaient mon esprit, tout me faisait une loi d'employer ce moyen, puisqu'il me semblait le meilleur de tous ceux dont je pouvais disposer.

En suivant avec persévérance toutes les maladies de langueur que je rencontrais, je m'aperçus que la majeure partie des cas rentraient dans les inflammations chroniques du poumon et des organes de la digestion. Je crus, d'après cela, qu'il importait de connaître d'abord l'ennemi avec lequel on est le plus souvent aux prises. Ainsi, après l'avoir étudié pendant quelque temps, je pris le parti de rapprocher les faits, et il me sembla que j'avais acquis de nouvelles idées.

Appelé à Paris pour des raisons particulières, je communiquai ces idées à plusieurs médecins d'un mérite distingué, qui les jugèrent en effet ce qu'elles me paraissaient, et me conseillèrent de les mettre au jour. J'osai m'y engager, et, malgré des obstacles multipliés, résultant principalement du mauvais état de ma santé et du séjour trop limité qu'il m'était donné de faire dans la capitale, j'achevai la rédaction de cet ouvrage, dans lequel je me suis étudié à suivre les inflammations dont j'ai parlé dans leurs nuances, leurs complications et leurs terminaisons

diverses. Quoiqu'il soit borné à ce genre d'affections, je suis parfaitement convaincu qu'on y rencontrera le plus grand nombre des maladies chroniques, puisque les phlegmasies de la poitrine, qui en composent la première partie, donneraient seules ce résultat, au moins dans les pays septentrionaux.

L'examen approfondi des inflammations pulmonaires m'a fait voir qu'elles se liaient les unes aux autres par des rapports tellement multipliés qu'il était impossible de les traiter isolément, comme on s'était toujours opiniâtré à le faire. J'ai d'abord constaté qu'elles se transformaient à chaque instant les unes dans les autres; puis, en les suivant dans l'état chronique, j'ai reconnu qu'elles aboutissaient toutes à la phthisie pulmonaire. Je me suis donc vu forcé, pour compléter leur histoire, de m'engager dans celle de cette dernière affection, et l'étude particulière que j'en ai faite m'a convaincu que j'avais suivi la meilleure marche, et qu'il avait été impossible de donner un bon traité de la phthisie tant qu'on avait voulu la séparer des autres phlegmasies du poumon.

J'entends déjà le lecteur objecter que la phthisie ne tient aux inflammations dont je parle que par un de ses côtés; que si elle en est souvent la suite, elle est produite encore plus fréquemment par un mécanisme tout différent; qu'elle n'est point essentiellement de nature phlogistique, et qu'elle ne mérite point le nom de *phlegmasie*.

Je me crois donc obligé de le prévenir que l'examen du mode d'action de toutes les causes de la phthisie m'a convaincu qu'elles entretenaient dans l'organe respiratoire une phlogose analogue au catarrhe, à la pleurésie et à la péripneumonie, ou une irritation plus ou moins rapprochée de ces phlegmasies; et que la production des tubercules en était toujours le résultat définitif.

Cette manière de voir, ou, si l'on veut, cette théorie, ne saurait être fausse, puisqu'elle est uniquement fondée sur le rapprochement des faits les plus généralement connus et les plus faciles à vérifier. Ses avantages sont de dissiper l'obscurité qui règne sur les causes et sur la nature de la phthisie pul-

monaire; de faire disparaître une foule de contradictions, malheureusement trop choquantes, dans les écrits publiés sur cette maladie; de simplifier le traitement et de le rendre plus sûr qu'il n'a jamais été; de corriger cette scandaleuse et funeste versatilité que l'on remarque dans la conduite de quelques médecins pendant la longue durée des phthisies pulmonaires; d'accoutumer les praticiens à la prévoir de bonne heure dans une foule d'affections légères où plusieurs d'entre eux ne semblent pas assez la redouter; de leur fournir plus de moyens pour la prévenir; enfin, de multiplier les ressources, et d'assurer le succès du traitement prophylactique.

Les phlegmasies de l'abdomen, qui font le sujet du second volume, sont loin d'avoir été épuisées dans cet ouvrage. Je ne les avais pas rencontrées en assez grande quantité pour les approfondir toutes; je me suis donc borné à traiter *ex professo* celles que j'ai observées assez souvent, et sous des formes assez variées, pour oser croire que j'ai vu au moins les cas les plus ordinaires. Les phlogoses de

la membrane muqueuse du canal digestif et celles du péritoine sont les seules sur lesquelles je possède ces données satisfaisantes.

Le rapprochement des faits que j'ai recueillis sur l'inflammation de la portion de membrane muqueuse qui tapisse la surface interne de l'estomac, m'a convaincu que cette phlogose était peu connue, bien que très-fréquente, et qu'il se commettait journellement beaucoup d'erreurs dans son traitement. Je les ai attribuées, ces erreurs, au défaut de monographie sur cette maladie, et à la tendance qu'ont la plupart des médecins de nos jours à regarder toutes les affections de l'estomac comme saburrales ou comme asthéniques. La gastrite n'étant jamais décrite que dans son plus haut degré d'intensité, toutes les nuances peu exprimées devaient être méconnues et mal traitées, jusqu'à ce qu'on les eût assez exaspérées pour en manifester le véritable caractère. J'ai essayé de remédier à cette calamité publique, en disposant dans une série méthodique les gastrites assez obscures pour échapper souvent

au diagnostic, et en m'étudiant à les rattacher d'un côté avec les variétés les plus inflammatoires, de l'autre, avec la sensibilité purement nerveuse et la véritable faiblesse de l'estomac.

La phlogose de la membrane interne des gros intestins était mieux connue. J'ai d'abord rappelé ce que nous en a dit le professeur Pinel, qui l'a mise à sa véritable place, en la comparant à toutes les autres phlegmasies muqueuses. Je me suis ensuite attaché à montrer les nombreux rapports qui la lient à la gastrite. J'ai dû, rejetant les anciennes divisions, embrasser du même coup-d'œil toutes les irritations de la muqueuse intestinale, quel que fût leur degré : ainsi j'ai disposé dans un ordre d'intensité décroissante, à la suite de la dysenterie la plus véhémente, ces diarrhées multiformes qui se rencontrent à chaque pas dans la pratique des maladies aiguës, comme dans celle des affections chroniques. J'ai établi l'identité de ces innombrables dévoiemens sur celle du siége, de la cause, et du traitement, dont j'ai développé les indications et démontré

l'étonnante simplicité. On jugera, par l'expérience même, si ce dernier point, toujours le plus important dans un ouvrage de médecine, a reçu quelque perfectionnement dans celui-ci.

L'inflammation de la membrane qui tapisse la face externe des viscères abdominaux était déjà connue par la belle classification de l'illustre Pinel, par quelques traités des maladies des femmes en couche, par une dissertation inaugurale soutenue à l'école de Paris, et par des notices d'anatomie pathologique publiées dans les ouvrages périodiques. Cependant plusieurs variétés de l'état aigu, et presque toutes les nuances de l'état chronique, n'avaient jamais été décrites. Je les ai fait ressortir par le même artifice dont j'ai rendu compte au sujet des phlegmasies précédentes. Les causes de ces affections me semblaient avoir été jusqu'alors assez mal envisagées; le rapprochement des faits m'a autorisé à soumettre sur ce point quelques idées dont le temps déterminera la valeur. Malheureusement la thérapeutique des anciennes phlogoses du péritoine n'était

pas susceptible d'une grande amélioration : néanmoins la théorie des causes y portera de nouvelles lumières. Elle apprendra encore à rendre les cas de chronicité moins fréquens, en traitant la péritonite aiguë d'une manière plus rationnelle, et en éloignant des malades, en général, les agens dont l'action irritante est plus particulièrement dirigée sur la séreuse de l'abdomen.

HISTOIRE
DES
PHLEGMASIES CHRONIQUES.

INTRODUCTION.

Tous les médecins qui suivent les hôpitaux savent qu'on y voit une foule de malades pâles, maigres, perdant chaque jour de leurs forces, et s'avançant à pas lents vers le tombeau, avec une fièvre hectique plus ou moins caractérisée, et quelquefois sans aucune agitation fébrile appréciable.

Les méditations que nécessita la composition de mon ouvrage sur la fièvre hectique (1), imprimé en l'an onze, avaient fixé mon attention sur ces malheureux trop long-temps négligés; et sitôt que je me vis placé sur le théâtre des hôpitaux militaires, je pris la résolution d'étudier les maladies chroniques d'une manière toute particulière.

Lorsque je voulus chercher un guide parmi les

(1) *Recherches sur la fièvre hectique considérée comme dépendante d'une lésion d'action des différens systèmes, sans vice organique.* Paris, an 11.

auteurs les plus illustres, et auxquels la médecine confesse devoir ses plus grands progrès, je ne trouvai que confusion; tout n'était, pour ainsi dire, que conjectures. Je ne tardai pas à m'apercevoir que les faits manquaient, quoique déjà l'anatomie pathologique eût été fort enrichie par les Bonnet, les Morgagni, les Lieutaud, et par les recherches faites, d'après l'exemple du célèbre Bichat, par des médecins distingués de l'école de Paris.

La disette n'était pas dans le nombre des ouvertures des cadavres, mais dans les histoires particulières et dans le rapprochement des symptômes. Au degré où la science venait d'être portée, un bon traité des maladies chroniques ne pouvait plus être un ouvrage de compilation, encore moins un recueil d'observations écrites par des auteurs différens, et rassemblées par un homme qui n'aurait point vu les malades.

Il fallait, pour que cette matière fût présentée dans un jour lumineux, qu'un médecin d'hôpital s'imposât la tâche pénible de recueillir et de rédiger lui-même des histoires de maladies. Afin que ces histoires fussent complètes, il était indispensable qu'il suivît les progrès du mal jusqu'à sa terminaison, et qu'il la constatât d'une manière positive, en s'assurant que la santé persistait, ou en faisant l'autopsie du cadavre. Ce travail ne devait point être confié à des élèves, parce que l'art d'observer est difficile, et que chaque auteur porte

dans sa rédaction ses vues et ses principes particuliers, et interprète la nature différemment.

Il me semblait aussi que le médecin le plus heureusement organisé n'avait pas trop de toutes ses facultés pour interroger tous les symptômes d'une longue maladie ; je me persuadai même que ce n'était qu'à force de répéter ces interrogations qu'il s'habituait au langage de la nature souffrante, qu'il assurait la marche sévère et uniforme de la médecine d'observation, qu'il pouvait en épurer la doctrine, l'étendre, la faire mieux apprécier, et concourir aux progrès de la science de l'homme en perfectionnant l'art de guérir ses nombreuses infirmités.

Je sentis qu'un travail aussi parfait ne pouvait sortir que des mains d'un professeur de clinique d'une haute capacité, d'un zèle infatigable, et assez dévoué à la science pour lui sacrifier des momens qui sont le plus souvent employés d'une manière toute différente par les praticiens d'une grande réputation.

Des obstacles si puissans me firent craindre qu'un pareil ouvrage ne fût encore long-temps désiré ; et, tout en faisant des voeux pour que la médecine le possédât bientôt, je pris la résolution de faire moi-même, dans ma pratique militaire, une étude clinique des maladies chroniques, pour mon instruction particulière, et pour celle d'un petit nombre de jeunes élèves qui désirèrent étudier avec moi. Il en est deux, surtout, auxquels

je dois un témoignage public de reconnaissance, pour la constante assiduité qu'ils ont mise à me seconder pendant trois ans dans la recherche des accidens antérieurs à l'arrivée des malades, dans l'observation des symptômes à certaines époques de la journée, et dans l'examen scrupuleux des cadavres. MM. Treille et Bernard, j'ai du plaisir à les nommer, attachés à cette époque à des régimens, m'ont encore plusieurs fois rendu le service de constater, par des recherches postérieures à la sortie des militaires, leur guérison ou leurs rechutes, et je leur dois une foule de particularités qui ne parviennent que rarement à la connaissance du médecin.

Tout le reste du travail était pour moi. Je notais chaque jour, avec exactitude, l'état où j'avais trouvé les malades dont je suivais l'histoire. Sur cet article, je ne m'en suis jamais rapporté à personne. Tout ce que j'assure avoir vu, je l'ai effectivement vu; et je n'en ai cru le témoignage de mes sens qu'après m'être bien assuré qu'ils ne m'induisaient point en erreur. Trois années consécutives ont été employées de cette manière à suivre les maladies chroniques depuis leur naissance jusqu'à leur terminaison.

C'est le résultat de ce travail que je publie aujourd'hui, parce qu'il m'a paru qu'il pouvait servir à l'histoire de ces affections. Mais elles sont trop multipliées pour que j'aie pu, pour que j'aie même osé les rassembler toutes dans un traité. Je

me suis, par conséquent, borné à choisir dans mon recueil les phlegmasies chroniques des principaux viscères, à les rapprocher, à les discuter, et à en tirer des conclusions. La fréquence de ces maladies m'a paru exiger qu'on appelât d'abord sur elles les méditations des praticiens.

Cet ouvrage a donc pour objet spécial l'étude des inflammations chroniques.

Voilà ce que j'écrivais en 1808. Je dois ajouter aujourd'hui que les désordres que produit l'inflammation dans tout le reste de l'économie ne diffèrent pas de ceux qu'elle occasione dans les viscères. Par conséquent on peut appliquer à tous les organes ce qui est dit dans cet ouvrage de ceux de la poitrine et du bas-ventre. Le temps où l'on prétendait faire des êtres particuliers des désorganisations du poumon, de celles du sein, de celles du testicule, de celles du col utérin, etc., est déjà bien loin pour les médecins qui ont suivi les progrès de la doctrine physiologique. Un ostéo-sarcôme, un spina-ventosa, une pneumonie et une gastrite chronique, ne reconnaissent point des principes différens. Le véritable observateur ne peut y voir que des résultats de l'irritation des tissus, qui ne varient que par des circonstances incapables de rien changer à l'essence du mal. Ces propositions recevront ailleurs tout le développement dont elles sont susceptibles. (Voy. l'*Examen des doctrines*, etc.)

PROLÉGOMÈNES.

DE L'INFLAMMATION EN GÉNÉRAL.

C'est par une inflammation qui détruit avec plus ou moins de promptitude un ou plusieurs des viscères essentiels à la vie, que le plus grand nombre des hommes périt. Tout praticien habitué à contempler les ruines de cet admirable édifice, qu'il n'a pu empêcher de s'écrouler, est pénétré de cette vérité. Si nous parcourons l'immortel ouvrage de Morgagni, nous y retrouvons, à chaque instant, des traces non équivoques d'inflammation (1). Si nous interrogeons les hommes en proie à quelque affection chronique, la plupart nous accusent une douleur fixe et permanente de quelque partie interne; tandis que la fièvre, le dépérissement dans lequel nous les voyons, nous font trop souvent pressentir qu'ils périront par les suites de la désorganisation phlogistique d'un vis-

(1) Il s'en faut bien pourtant que ces traces aient toujours été appréciées à leur juste valeur. Nous reviendrons sur cette question. *Voyez* d'ailleurs l'*Examen des doctrines médicales*, etc.

cère. Si nous portons un œil attentif sur les symptômes des maladies aiguës, ils se réduisent, le plus communément, à un trouble de la circulation accompagné d'une fièvre locale plus intense, avec tuméfaction et rougeur de l'organe, s'il est visible; s'il ne l'est pas pendant la vie, on peut, après qu'elle est éteinte, se convaincre que la tuméfaction existe.

Voilà l'histoire abrégée d'une très-grande partie des maladies qui affligent notre espèce : elle nous fait sentir combien les phlegmasies sont communes. Est-il donc hors de raison d'oser mettre en problême si elles sont parfaitement connues, et si la médecine ne peut pas espérer de nouvelles lumières d'une étude plus approfondie de ces maladies?

1°. *Quelle idée doit-on se faire de l'inflammation?* 2°. *Quelle modification ce phénomène reçoit-il des différences de tissus et de propriétés vitales?* 3°. *Quelles influences l'inflammation exerce-t-elle sur les fonctions en général?* Telles sont les questions qu'il faut nécessairement traiter avant d'entreprendre l'histoire des inflammations chroniques de chaque viscère en particulier.

I. IDÉE GÉNÉRALE DE L'INFLAMMATION.

Tumeur, *rougeur*, *chaleur*, *douleur*, tels sont les phénomènes que l'on regarde comme les caractères fondamentaux de l'état inflammatoire. Nous ferons quelques réflexions sur cette définition, et

nous rechercherons s'il ne serait pas plus avantageux de considérer l'inflammation sous un point de vue plus étendu.

La modification vitale qui produit ces quatre phénomènes a son siége dans les vaisseaux capillaires de la partie malade, et dépend manifestement de l'augmentation de leur action organique. L'inflammation est donc primitivement l'effet d'un surcroît de cette action. Cependant on est forcé de convenir que toute augmentation, même considérable, des mouvemens organiques, ne produit pas les quatre phénomènes qui distinguent, nous dit-on, la phlegmasie. Leur existence est subordonnée à la structure, à la vitalité des parties où le mouvement organique est accéléré. Ainsi, à moins que nous ne voulions forger autant de dénominations qu'il y a de différences dans les résultats de l'augmentation vicieuse de l'action des capillaires dans les différentes parties du corps, nous devons considérer l'inflammation sous un point de vue infiniment plus étendu que nous n'avons encore osé le faire. Appliquons ce raisonnement aux faits.

Cette modification, que nous disons consister dans un surcroît d'action organique, a son siége dans les vaisseaux capillaires de la partie malade; mais comme ces capillaires donnent passage à des fluides différens, et que leur degré de susceptibilité varie beaucoup, la couleur du faisceau tuméfié, qui dépend de l'accumulation des fluides, et

la douleur, qui n'est que l'altération de la sensibilité, sont égalemcnt très-variables.

Lorsque les capillaires irrités peuvent admettre le sang tout entier, la tumeur est rouge. Comme les tissus où dominent les capillaires sanguins sont les plus sensibles, les tumeurs rouges inflammatoires sont les plus douloureuses. Comme ces capillaires sont les plus mobiles, et agissent très-promptement sur leurs fluides, les tumeurs inflammatoires sanguines sont aussi celles où les changemens chimiques sont le plus accélérés. Le sentiment de chaleur est l'effet immédiat des changemens chimiques; les tumeurs inflammatoires sanguines sont donc encore celles où ce sentiment devient le plus souvent incommode. La rougeur et la chaleur ne sont donc point des caractères essentiels de l'inflammation en général : j'y vois plutôt des signes qui marquent le degré de l'inflammation sanguine.

Puisque le fluide sur lequel agissent les capillaires irrités n'est pas toujours le même, puisque le degré d'irritation varie, les changemens chimiques, qui sont subordonnés à ces deux conditions, doivent offrir de grandes différences. Les produits matériels de l'inflammation doivent donc aussi nous paraître sujets à beaucoup de variétés.

Ainsi, l'inflammation présente une infinité de nuances qu'il peut encore être utile d'étudier, malgré les travaux et les recherches sans nom-

passer au mouvement de putréfaction, et ne nous présente plus qu'une masse noire déjà fétide, que l'on appelle *escarre*.

Telle est la gangrène que l'on attribue communément à l'excès d'inflammation; nous ne chercherons point à déterminer si la mort des capillaires phlogosés précède la décomposition des fluides, ou si l'excès d'animalisation, ou la qualité délétère de ceux-ci, détruit d'abord l'activité vitale des solides. Nous croyons l'un et l'autre mécanisme également possibles, et même probables dans certaines circonstances.

Mais il est une autre gangrène qui a lieu après une inflammation légère et momentanée; quelquefois même l'irritation ne va pas plus loin que la douleur; la rougeur passe au violet et au noir, sans qu'il paraisse ni gonflement ni chaleur. La gangrène dite *sénile*, celle des pustules malignes, celle des escarres de la peau dans les gastro-entérites aiguës appelées *fièvres de mauvais caractère*, etc., ne sont-elles pas autant d'exemples de ces inflammations qui semblent avorter dès leur début; en laissant les faisceaux capillaires dans un mortel engourdissement? Ne voit-on pas que, chez certains sujets, la phlegmasie se maintient plusieurs jours dans le degré qui donne la rougeur; que chez d'autres elle arrive presque à celui de la suppuration avant de se terminer par la gangrène; qu'enfin tous les médicamens qui ont la propriété d'émousser la sensibilité provoquent

très-aisément la gangrène, si on les applique imprudemment sur les phlogoses des personnes débilitées par de longues maladies ?

La gangrène, ainsi considérée, suppose donc toujours un mouvement inflammatoire préexistant; elle est donc une des terminaisons de la phlogose.

Les capillaires sanguins enflammés sont encore sujets à une autre espèce de torpeur qui transforme la tumeur en une masse rouge, rénitente, en apparence inorganique. Dans le poumon, cet état s'appelle *carnification*, *hépatisation*; dans les inflammations cutanées et les phlegmons cellulaires, on le nomme *callosité*. Je le désignerai par le nom d'*induration rouge*. Ce changement n'est pas toujours une désorganisation. Si on laisse macérer dans l'eau et qu'on lave à plusieurs reprises des morceaux de poumons hépatisés, on les fait redevenir perméables à l'air. J'ignore si, pendant la vie, les poumons reviennent de cet état d'induration; mais quelques observations m'invitent à croire qu'il est compatible avec l'existence pendant un temps assez considérable : dans ce cas l'induration rouge diffère essentiellement de la gangrène. D'un autre côté, je dois noter que bien souvent on distingue au centre d'une masse hépatisée des traces évidentes de mort et de sphacèle, tandis que la circonférence n'offre encore que les caractères de l'induration. Quant au tissu cellulaire endurci en rouge par la phlogose, on sait qu'il est susceptible de résolution. Au sur-

plus l'on conçoit que l'excès de ces congestions amène enfin la dégénérescence du tissu enflammé.

Quand l'inflammation sanguine n'avorte ni en laissant la partie vivante, ni en la transformant en escarre gangréneuse; quand elle parvient à son *summum*, ce qui a lieu, terme moyen, du neuvième au quatorzième jour, on la voit ensuite décroître par degrés jusqu'au point de se dissiper entièrement. Mais pendant que cette seconde partie du cercle inflammatoire est parcourue par l'irritation, il se manifeste des altérations dans les fluides, et bien souvent dans les solides du lieu affecté. Alors on observe *collection* ou *exsudation* d'un liquide blanc, crémeux, sans odeur et sans âcreté, que l'on appelle *pus*.

La *collection* de ce produit matériel de l'inflammation suppose que la partie est celluleuse et peut se prêter à la dilatation et à une ampliation plus ou moins considérable. Elle a donc plutôt lieu dans le phlegmon cellulaire que dans les autres inflammations des faisceaux rouges, épais et énergiques. Aussi, les abcès sont-ils plus communs dans ce tissu que dans les parenchymes. Au moment où elle s'achève, il n'y a plus d'irritation que celle qui dépend de la distension des parties, à moins de complication d'une autre phlegmasie.

L'abcès présente à la fois altération des liquides et des solides. Le pus paraît être le résultat des changemens chimiques qui sont produits, dans la fibrine, la gélatine et l'albumine du sang, par

l'irritation locale. Peut-être ce changement est-il une des causes de la diminution de cette action.

La collection de pus modifie le tissu où elle s'est faite de telle manière qu'après la guérison il semble exténué, condensé, moins extensible, et que ses cellules, affaissées ou détruites, refusent de se prêter à l'accumulation de la graisse. Tel est le premier et le moindre degré de désorganisation qui puisse résulter de la phlegmasie.

Si le faisceau artériel dont l'inflammation décroît est distribué dans un parenchyme très-serré, peu propre à se prêter aux collections de pus, et si les vaisseaux aboutissent à des surfaces qui communiquent avec l'extérieur du corps, le produit matériel de l'inflammation est éliminé à mesure qu'il se forme, et se confond avec l'excrétion de la membrane sur laquelle il est déposé: c'est ce qui arrive aux pneumonies qui se terminent par une expectoration résolutive. L'épaisseur du faisceau sanguin assimile cette phlogose au phlegmon cellulaire, qu'elle surpasse en énergie, parce que le poumon est le plus sanguin de tous les viscères; mais la disposition des vésicules bronchiques offre au pus une voie d'excrétion qui rend les abcès de cet organe plus rares que ceux du tissu cellulaire.

Le produit matériel de l'inflammation, soit qu'il se rassemble en abcès, soit qu'il exsude sur une surface communiquant avec l'extérieur, n'est assurément pas tout excrété immédiatement. Une

partie, même très-considérable, de ce produit est résorbée et pénètre dans les voies de la circulation; l'activité connue des vaisseaux absorbans, soit qu'ils se rendent dans le grand appareil de ce nom, soit qu'ils aboutissent aux capillaires veineux, nous le fait présumer; l'état particulier des urines et des autres excrétions nous en donne la certitude.

Plusieurs auteurs, frappés de la présence d'un liquide blanc dans les urines, de la consistance et de l'odeur acide des sueurs, de l'augmentation d'excrétion des membranes muqueuses, à l'époque de la terminaison des phlegmasies qui ont atteint leur *summum*, n'ont pas hésité à prononcer qu'il y avait toujours puification, lors même que l'on n'apercevait ni collection, ni exsudation purulente locale. Selon eux, la résolution n'est qu'une terminaison par suppuration résorbée. Pour moi, je pense que si quelque chose peut distinguer la résolution de cette extinction précoce de l'inflammation, que j'ai indiquée sous les noms de *délitescence*, de *répercussion*, etc., c'est l'altération des fluides qui ont formé la matière de l'engorgement, et leur conversion en un liquide plus ou moins rapproché du pus des tumeurs phlegmoneuses.

Tels sont la marche et les effets les plus ordinaires de l'inflammation aiguë des tissus cellulaires et des principaux parenchymes; mais lorsque la phlegmasie est peu intense dès son principe, ou lorsqu'après avoir été violente, elle s'affaiblit et

persiste dans un degré peu prononcé, les phénomènes que nous venons d'indiquer sont différemment modifiés, et l'on en observe d'autres. Mais nous ne pouvons nous livrer à cette recherche qu'après avoir suivi l'inflammation aiguë dans tous les tissus qui en sont susceptibles.

2°. L'inflammation aiguë considérée dans les capillaires des tissus glanduleux sécréteurs.

Les glandes salivaires, le pancréas, les glandes lacrymales, la prostate, les testicules ne subissent point d'inflammation aiguë sans que le tissu cellulaire qui les embrasse ou qui s'interpose entre les petites masses glanduleuses dont elles sont l'assemblage ne partage leur inflammation, ne soit développé, rougi et injecté de sang. Le pancréas, composé de grains plus serrés, et moins entouré de tissu cellulaire, n'est point aussi sujet que les autres glandes à l'inflammation aiguë. La thyroïde et le thymus doivent être, sous le rapport de la phlogose, rapprochés des parotides. Quand les reins sont compris dans la phlegmasie du tissu cellulaire qui les embrasse, ils éprouvent une violente inflammation phlegmoneuse; mais si l'irritation les attaque par la membrane de leur bassinet ou par les lames celluleuses qui s'introduisent entre les mamelons, elle est toujours moins intense et moins rapide, bien qu'il puisse se former des abcès dans leur parenchyme. On ne voit point le testicule en proie à une inflammation aiguë

bornée par sa membrane albuginée : l'irritation de ses sécréteurs est chronique et tend au sarcocèle; mais il peut participer au phlegmon du tissu cellulaire du scrotum. L'inflammation de la tunique vaginale peut être aiguë ou chronique, simple, ou compliquée de celle du testicule et de celle du scrotum.

La phlogose se comporte dans le tissu celluleux inter-glandulaire de la prostate et des glandes lacrymales comme dans le tissu cellulaire libre, à quelques différences près, qui viennent de ce que l'irritation y est plus souvent modérée, et de ce que les collections purulentes s'y font plus difficilement.

Les irritations bornées aux sécréteurs et excréteurs rentrent dans la série des inflammations chroniques.

3°. *L'inflammation aiguë considérée dans les capillaires des tissus musculeux, tendineux, ligamenteux, cartilagineux et osseux.*

Quand les muscles paraissent s'enflammer, c'est la phlegmasie de leur tissu cellulaire qui dissèque leurs faisceaux et décompose leurs fibres charnues; il serait difficile de concevoir autrement les petits abcès des muscles. Lorsque les tendons et les ligamens sont enflammés, les fibres blanches sont écartées, et le tissu cellulaire qui les unissait paraît développé : c'est lui qui est le siége de la phlogose. Le tissu cellulaire libre et circonvoisin

la partage, et c'est ordinairement lui qui l'insinue dans le tendon, en s'y insérant, si ce n'est dans les cas de violence extérieure. On pourra se convaincre de tout cela en examinant les tendons et les aponévroses des membres qui ont été affectés de rhumatisme aigu et de goutte; on verra le tissu cellulaire le plus voisin du tendineux ou du ligamenteux développé ou rempli d'une exsudation lymphatique analogue à celle que produit l'inflammation des tissus cellulaires les plus sanguins, et des membranes séreuses. Enfin, les cartilages et les os nous montrent également un tissu rouge, de structure celluleuse, si nous les examinons dans le moment de l'inflammation aiguë.

4°. *L'inflammation aiguë considérée dans les capillaires des tissus membraneux.*

Dans les capillaires des membranes, l'inflammatin aiguë se comporte autrement que dans les tissus épais et celluleux. 1°. La circulation s'y exécute plus aisément, même dans le plus haut degré d'irritation. Les fluides ne sont accumulés de manière à grossir beaucoup le faisceau dans un point circonscrit, que dans la peau, parce qu'elle est la plus épaisse et la plus pourvue de tissu cellulaire, et que, d'ailleurs, celui qui la fait adhérer aux parties est très-actif et très-épanouissable.

Les inflammations de forme phlegmoneuse sont plus rares dans les autres membranes, qui se tuméfient à-peu-près également dans toute leur

étendue, autant que le développement des couches celluleuses, qui soutiennent leurs différens vaisseaux peuvent le permettre. Cependant l'inflammation attaque quelquefois toute l'épaisseur des viscères creux, et y produit même des abcès : c'est ce qu'on observe, quoique rarement, dans les parois de l'estomac, du colon, de la vessie. Dans ces cas, l'inflammation s'est développée dans le tissu aréolaire inter-membraneux.

2°. La délitescence y est plus facile.

3°. La gangrène n'y est pas commune ; ce qui vient peut-être de ce que les humeurs ne s'y rassemblent pas en si grandes masses ; on l'y trouve rarement dans une grande étendue, mais on l'y rencontre dans des points isolés où elle forme quelquefois une escarre qui produit la perforation. Les membranes muqueuses sont aussi parfois très-friables ou réduites en une espèce de bouillie noire qui est une véritable mortification. La peau, comme plus celluleuse, paraît plus sujette à la gangrène que les autres membranes.

4°. Aussitôt que l'irritation commence à baisser, la sécrétion ordinaire de la membrane, qui était suspendue, se rétablit ; mais son produit diffère souvent beaucoup de la matière purulente des phlegmons. Les muqueuses sont très-sujettes aux ulcérations perpendiculaires qui peuvent produire aussi la perforation.

5°. Il ne se fait pas toujours de collection du produit de l'irritation inflammatoire, produit

qui se confond, pour nous, avec celui de la sécrétion altérée. Le liquide est déposé sur la membrane; tantôt il y est en partie résorbé, tantôt il s'y accumule, tantôt enfin il est éliminé immédiatement. Tout cela est subordonné à la disposition et aux usages de la partie, et ne saurait être développé que dans l'histoire particulière de chaque phlegmasie.

Lorsqu'au lieu d'être aiguë, l'inflammation est languissante, il arrive divers changemens dans la partie irritée et dans son produit, qui demandent, pour être bien compris, que nous ayons étudié la phlogose aiguë dans les faisceaux capillaires des tissus blancs.

5°. *L'inflammation aiguë considérée dans les capillaires des glandes lymphatiques en général.*

Le mouvement inflammatoire se développe quelquefois dans les glandes lymphatiques avec assez d'énergie pour que la gangrène s'en empare, ou pour qu'il s'y fasse une collection purulente : témoins certains bubons soit vénériens, soit fébriles (1); mais, dans ce cas, toute la vigueur de la phlegmasie doit être attribuée au tissu cellulaire qui réunit ensemble plusieurs masses glandu-

(1) Les vénériens peuvent être fébriles; mais il s'agit ici des bubons critiques à la suite des phlegmasies des viscères, qu'on appelle *fièvres*.

leuses. Lorsque l'irritation est bornée au tissu des glandes, elle est toujours chronique.

6°. *L'inflammation aiguë passant à l'état chronique dans les différens tissus.*

Lorsque l'irritation inflammatoire ne s'est point éteinte dans le principe, pour former la délitescence ou la résolution, et dans l'état plus avancé, pour transformer la partie en escarre gangréneuse, cette irritation devient chronique.

La chronicité de l'inflammation reconnaît différentes causes que je ne saurais énumérer ici; mais elles opèrent toutes par le même mécanisme : c'est toujours l'action continuée d'un stimulus qui empêche l'inflammation de se calmer. En effet, si le stimulus qui a donné la première impulsion au mouvement inflammatoire n'est point renouvelé dans la partie malade, ou si quelqu'autre ne lui est pas substitué, ce mouvement, qui ne peut avoir qu'une durée déterminée, ne saurait manquer de cesser; si donc on voit l'irritation persister, on peut assurer qu'il existe un stimulant local, et presque toujours il peut être aperçu par le médecin attentif.

Lorsque le mouvement inflammatoire est perpétué dans un tissu vivant, il y produit différens désordres qui sont subordonnés à son degré et à la nature des capillaires où il a établi son siége.

S'il règne avec une certaine énergie dans un tissu abondamment pourvu de capillaires sanguins,

il se fait une suppuration chronique, comme dans les abcès fistuleux, ou un endurcissement rouge chronique, comme dans les pneumonies prolongées. Ces deux phénomènes se retrouvent encore à différens degrés dans les autres organes où l'inflammation peut occuper le tissu cellulaire. Dans les membranes, l'irritation prolongée avec quelque vigueur pendant un certain temps, manifeste aussi une suppuration et un endurcissement rouge prolongés. Toutes les grandes plaies entretenues par des corps étrangers, des esquilles, des os nécrosés, par les contusions répétées et par l'exercice de la partie, nous font également voir ces deux phénomènes, qui tiennent encore beaucoup de l'état aigu.

L'irritation entretenue pendant long-temps à un degré modéré, et même faible, dans les tissus qui contiennent des capillaires sanguins, tout en les altérant, agit quelquefois en même temps sur les tissus blancs.

La suppuration ou l'exsudation prolongée, l'épaississement rouge avec endurcissement, sont les traces de l'irritation chronique des capillaires sanguins. Tous les ulcères calleux, les hépatisations lentes des poumons, l'endurcissement chronique rouge des membranes long-temps stimulées, en sont la preuve.

On reconnaît que l'irritation chronique a été partagée par les capillaires lymphatiques à l'épaississement lardacé ou caséiforme, à l'aspect rou-

geâtre et grisâtre, inorganique, que l'on appelle *squirrheux*, à la dégénération cérébriforme, à celle qu'on nomme *mélanose*, à cause de sa noirceur, etc. Les endurcissemens sanguins, et les endurcissemens lymphatiques, se trouvent fréquemment l'un à côté de l'autre, ou entremêlés dans les viscères et les tissus les plus sanguins, comme dans le poumon, dans le foie, dans le tissu sous-cutané et la peau, et même dans les membranes de toute espèce.

Les endurcissemens lymphatiques se rencontrent quelquefois en prédominance dans les tissus riches en capillaires sanguins, lorsque l'irritation y a régné long-temps, et dans une nuance fort obscure, surtout si le sujet est peu irritable et peu pléthorique; mais si l'irritation s'établit dans un tissu où prédominent les capillaires lymphatiques, et si aucune cause ne la fait passer jusqu'aux capillaires sanguins, l'endurcissement lymphatique est le seul qui se remarque, du moins pendant un certain temps.

Afin de prendre une plus juste idée des désordres que l'irritation chronique a coutume de laisser dans les tissus peu sanguins, nous allons l'examiner dans les glandes lymphatiques, qui nous offrent des faisceaux de capillaires où prédomine la matière albumineuse. Nous rechercherons ensuite comment elle modifie les tissus où les capillaires non sanguins sont moins prédominans.

7°. *L'inflammation chronique considérée dans les capillaires propres des glandes lymphatiques.*

Les glandes lymphatiques proprement dites, en faisant abstraction du tissu qui les entoure, sont en majorité le produit de la réunion de plusieurs vaisseaux absorbans, qui viennent s'y plonger chargés de fluides blancs. Il s'y rend aussi des vaisseaux sanguins et des nerfs, ce qui n'empêche pas que les vaisseaux blancs n'y prédominent.

Cependant lorsque l'irritation s'y développe d'une manière aiguë, elles rougissent et même éprouvent la suppuration phlegmoneuse. Mais si l'inflammation y passe à l'état chronique, les glandes deviennent grisâtres, blanchâtres, et dans cet état quelques médecins leur donnent le nom de *tubercules crus*.

Il peut persister long-temps sans aucun changement; la délitescence et la résolution y sont difficiles; mais l'irritation peut s'accroître dans la masse déjà en partie désorganisée : alors, au lieu d'un liquide animalisé, comme le pus du phlegmon, ou albuminoso-gélatineux, comme l'exsudation des membranes, elle donne pour produit une matière blanche, concrète, inodore, offrant assez exactement l'aspect et la consistance du fromage, plus disposée à s'acidifier qu'à se putréfier.

Cette matière se rassemble, le plus souvent, au centre de la glande, et s'accumule au point que celle-ci ne semble plus entourée que d'une espèce

survient à ce tissu une sorte d'altération particulière, assez rapprochée de celle des faisceaux lymphatiques purs et simples : c'est ce qui va maintenant nous occuper.

8°. *L'inflammation chronique, considérée dans les capillaires du tissu cellulaire, et des organes où ce tissu peut se développer.*

Le tissu cellulaire ne suppure pas toutes les fois qu'il est le siége d'un point d'irritation chronique, comme à la suite des abcès et dans les plaies avec délabrement, foyers pénétrant entre les muscles, etc. Dans ces cas, que nous avons déjà notés, l'inflammation se perpétue dans les capillaires sanguins. Il en est d'autres où elle semble bornée aux capillaires blancs, indépendamment de l'affection simultanée des glandes et des faisceaux lymphatiques; c'est du-moins ce que j'ai cru devoir conclure de l'examen de ce genre d'altération qui a reçu des modernes les noms de *tissu lardacé*, *tissu squirrheux*, ou *encéphaloïde*.

La dégénérescence lardacée est cet état des parties de notre corps qui présente à la coupe un aspect jaunâtre et compacte, comme la graisse rancie du porc. Ces tissus, ainsi que les deux autres, sont durs et rénitens; souvent on n'y voit point de vaisseaux sanguins; si l'on en dissèque un grand nombre, on finit par s'assurer que cet état dépend de l'accumulation, dans les mailles du réseau cellulaire, d'une matière concrète dont la

couleur et les autres attributs varient beaucoup : ainsi on trouve des pelotons graisseux, jaunes, d'autres blancs, d'autres qui ressemblent au suif; on rencontre des espèces de masses fibrineuses, albumineuses, caséiformes, des fluides de consistance mielleuse ou lymphatique, et des glandes tuberculeuses, ou de petits dépôts de matière tuberculeuse, de forme irrégulière.

Tous ces fluides sont contenus dans un tissu transparent, lamelleux, de la nature des membranes séreuses ou du tissu cellulaire; mais il n'est point rare de rencontrer aussi, dans la masse désorganisée, des tissus plus épais et d'aspect fibreux, ligamenteux ou tendineux, qui donnent beaucoup de consistance à la tumeur.

Ces dégénérescences fibro-cartilagineuses sont propres au tissu cellulaire : lorsqu'elles semblent envahir les muscles, les ligamens, les cartilages et les os, c'est par le moyen des lames celluleuses qui s'introduisent dans le tissu propre qu'elles y pénètrent, comme nous avons dit que l'inflammation rouge parvenait à s'y introduire. Voici ce qui me conduit à cette opinion.

Lorsque les muscles, les parenchymes celluleux sont lardacés, etc., le tissu cellulaire qui s'y insinue l'est aussi, et la maladie a commencé par lui. Dans ce cas, les vaisseaux sanguins et le tissu propre de l'organe sont, pour ainsi dire, étouffés.—Lorsqu'au contraire l'irritation des capillaires rouges a prédominé, tout est sanguin dans le tissu

celluleux comme dans le propre : l'irritation a commencé dans le tissu cellulaire environnant l'organe ; et les vaisseaux, ainsi que les fluides blancs, sont considérablement amoindris ou totalement éclipsés. Dans le premier cas, tout est devenu vaisseaux blancs ; dans le second, tout paraît avoir été transformé en vaisseaux rouges.

9°. *L'inflammation chronique considérée dans les tissus des membranes.*

Si l'irritation persiste long-temps, et à un faible degré, dans les membranes, elle les altère diversement, selon l'ordre de capillaires où elle a établi son siége. L'irritation peut tenir long-temps dans les faisceaux rouges de la peau ; il en résulte un épaississement rouge, et, quelquefois, une suppuration à-peu-près analogue à celle du tissu cellulaire. Si elle réside dans les excréteurs, ses effets sont des sueurs, des pustules croûteuses, des exsudations, des vésicules de forme scabieuse, herpétique, teigneuse, etc. : toutes ces variétés tiennent à l'extrême susceptibilité de la peau, au grand nombre d'excitans qui peuvent la modifier, à la complication de son tissu, et aux qualités diversement stimulantes des fluides qu'elle sécrète.

Mais si l'irritation est fixée sur les faisceaux blancs et lymphatiques, la peau s'épaissit et devient lardacée, comme les autres tissus dont nous venons de parler. Lorsque le tissu cellulaire sous-cutané éprouve le premier cette désorganisation,

la peau finit souvent par y participer en se résolvant en feuillets celluleux.

Dans les membranes muqueuses, l'irritation chronique produit l'endurcissement rouge, les fongosités, qui en sont une variété, et des altérations du fluide excrété, qui varient beaucoup moins que dans la peau. La dégénérescence lardacée, la squirrheuse, l'encéphaloïde, se rencontrent aussi, 1°. dans les endroits où le tissu cellulaire qui unit la muqueuse à l'organe sous-jacent est un peu extensible, c'est-à-dire dans les organes creux, qui changent souvent de forme pour se prêter à la dilatation qu'y occasionent certains corps; 2°. dans les points où ces membranes sont renforcées par un réseau capillaire sanguin très-intimement uni à des vaisseaux blancs au moyen du tissu cellulaire : tels sont le cardia, le pylore, le col de la matrice, et l'ouverture externe des muqueuses en général.

Le plus ordinairement les muqueuses ne se résolvent point en tissu lardacé ; mais ces tissus, et tous ceux qui portent le nom de *squirrhe*, de *carcinome*, sont presque toujours précédés de l'inflammation chronique de la muqueuse à laquelle ils sont adossés, et celle-ci présente ordinairement alors des ulcérations qui pénètrent quelquefois jusque dans la masse dégénérée. Au surplus, quand la membrane muqueuse n'est pas ulcérée, elle est au moins phlogosée. C'est un fait dont j'ai fini par acquérir la conviction. Il se développe quelque-

fois, dans la propre substance de ces memb des endurcissemens blancs, mais qui sont ment simples, et paraissent commencer dai glandules destinées à fournir la mucosité.

Les séreuses chroniquement irritées s'épaississent et rougissent en laissant exsuder une matière qui varie beaucoup lorsque l'irritation est vraiment inflammatoire; mais si elle est faible, obscure et qu'elle dure très-long-temps, la membrane tout entière paraît transformée en un tissu blanc, qui ressemble au cartilage ou au fibro-cartilage, et qui même quelquefois nous présente un aspect lardacé, et des dépôts tuberculeux et osseux plus ou moins près de la surface libre. Chez un grand nombre, la couleur rouge de l'état aigu se change en noire dans toute l'étendue du péritoine. Cette couleur est due au sang, et la cavité est aussi parfois inondée d'une sérosité noirâtre, et présente des caillots de sang noir.

Quelquefois la désorganisation porte moins sur la membrane proprement dite, que sur le tissu sous-jacent, qui, par l'engorgement de ses cellules, offre une couche lardacée très-épaisse. Plus le tissu postérieur est lâche et fait pour se prêter aux changemens de configuration des viscères, plus la désorganisation blanche est marquée après les irritations longuement soutenues dans un faible degré. Il faut aussi noter que plus la désorganisation blanche et lardacée est considérable, plus la matière exsudée, dite le pus, est épaisse, caséi-

forme, et rapprochée de la matière tuberculeuse. Il n'en est pas ainsi si la dégénération de la séreuse est cartilaginiforme.

10°. *L'ulcération en général.*

Jusqu'ici je n'ai rien dit de l'ulcération, parce qu'il importait de la bien séparer de la phlogose proprement dite. Toute solution de continuité qui présente une surface enflammée et suppurante est pour moi une ulcération. Ainsi les lèvres d'une plaie récente, la peau dénudée de son épiderme, ne méritent le nom d'*ulcère* que du moment où la phlogose et la suppuration s'y font apercevoir.

On restreint communément cette dénomination aux surfaces suppurantes d'un mauvais aspect, et à celles où l'on remarque une perte de substance; et l'on appelle plaies simples celles qui sont vermeilles, qui donnent un bon pus et tendent vers la cicatrice. Pour moi, considérant que la même plaie peut être tantôt fraîche et vermeille, tantôt noire, livide, putride, inégale, et même avec perte de substance, j'ai pris le parti de réunir toutes les solutions de continuité avec phlogose et suppuration sous le nom d'*ulcères*, comme je réunis toutes les irritations tendant à la désorganisation sous le titre général d'*inflammation*.

L'ulcère est toujours consécutif à l'inflammation, et chacune produit son ulcère particulier.

Nous devons donc examiner l'ulcération comme nous avons examiné la phlogose.

11°. *Ulcérations des tissus cellulaires.*

La phlegmasie phlegmoneuse ou des tissus épais et riches en capillaires sanguins, ne produit d'ulcère que par la collection purulente. Lorsque l'abcès est vidé, le tissu cellulaire brisé et enflammé qui le contenait, et qui forme alors les parois du foyer, reste exposé et suppure à l'air libre. Différens corps étrangers sont mis en contact avec lui : de là une grande modification imprimée au mouvement inflammatoire dont il est le siége. La surface rougit, se gonfle, prend un aspect granuleux, fournit un pus crémeux, à peine odorant, se rétrécit peu à peu, suppure moins, et se couvre d'une cicatrice derrière laquelle le tissu est condensé, adhérent, incapable de glissement, et refuse de se prêter à l'accumulation de la graisse.

Lorsque le tissu cellulaire a été divisé par une force quelconque, si les parois de la solution de continuité ne sont pas maintenues en contact par les procédés chirurgicaux, elles se convertissent en ulcère, qui diffère à peine du précédent, et tend comme lui vers la guérison.

Telle est la marche de l'ulcère celluleux simple, et qui est stimulé au degré convenable. Mais que de causes peuvent entraver cette marche favorable !

Tous les corps qui sont mis en contact avec la

plaie modifient diversement son inflammation : de là des différences infinies de souffrances, de durée, d'aspect et de suppuration, selon la méthode de pansement, selon les topiques qu'on applique, les corps étrangers qui séjournent dans le fond des plaies, la disposition des foyers qui retiennent le pus et lui donnent le temps de se décomposer sous l'influence de l'air, d'être résorbé et d'aller fomenter une fièvre hectique; de là l'influence des miasmes putrides et contagieux qui altèrent le mouvement inflammatoire, et font prédominer la chimie morte sur la chimie vivante, dans les fluides exprimés sur la surface ulcérée.

Cette espèce d'irritation peut durer fort longtemps sans que l'ulcère prenne de caractère alarmant; et si, à l'époque où la cause irritante cesse d'agir, les forces ne sont pas épuisées, la guérison est complète, et il ne reste d'autre désordre local que l'exténuation des parties et leur roideur, effets nécessaires de la destruction du tissu cellulaire.

La diathèse scorbutique, qui donne les ulcères putrides et sanguinolens, tient non-seulement à un vice local, mais encore à une disposition générale qui favorise beaucoup l'influence nuisible des corps extérieurs.

Dans tous ces cas, il est évident que la phlogose a toujours été de nature phlegmoneuse, ou qu'elle a régné principalement dans les capillaires rouges artériels.

Mais si, à une époque quelconque de sa durée,

l'irritation vient à être partagée par les faisceaux blancs, l'engorgement tuberculeux ou lardacé se forme dans les parois ulcérées, et leur surface n'a plus le même aspect. Ces changemens de marche s'observent fréquemment aux ulcères des sujets scrofuleux et vénériens, lorsque la disposition à ces maladies est universelle et considérable.

12°. *Ulcérations des parenchymes.*

Les organes à faisceaux capillaires rouges, épais, et que cette disposition expose à la phlogose sanguine avec tuméfaction considérable, ne sont pas tous aussi sujets aux collections purulentes et aux ulcères qui en résultent, que le tissu cellulaire général.

Dans le poumon, le pus se fait jour par les cellules bronchiques, à mesure qu'il est formé; ce qui rend les abcès phlegmoneux de ce viscère extrêmement rares. Les cavités ulcéreuses qu'on y trouve lui viennent plutôt de la désorganisation d'un gros faisceau lymphatique ou d'un tubercule. C'est encore l'altération des faisceaux analogues, mais plus petits, situés dans l'épaisseur de leurs parois, qui donne à ces ulcères le caractère rongeant.

Dans le foie, la rate et le cerveau, dans les glandes entremêlées de tissu cellulaire, les collections purulentes sont faciles, mais l'ulcère ne l'est pas autant. En général, on ne l'y observe guère que quand l'abcès a pu se vider à l'extérieur, à quelques exceptions près, et lorsque l'air ou les gaz des

voies alimentaires peuvent parvenir jusqu'à son foyer : alors le cas se rapproche du phlegmon abcédé que nous avons d'abord examiné, et ce que nous en avons dit lui est applicable.

Si, des capillaires sanguins, l'irritation passe aux lymphatiques, les ulcérations phlegmoneuses des parenchymes deviennent en partie rouges, en partie blanches, noires, lardacées ou tuberculeuses, selon la prédominance du tissu cellulaire ou des glandes. J'ai observé cette disposition dans les parois des foyers ulcérés que j'ai rencontrés dans la substance du foie et de la rate; je lui ai même attribué l'ulcération dans les cas où les foyers étaient inaccessibles à l'air; opinion que la suite de ces considérations rendra probable.

13°. *Ulcération des tissus musculeux, tendineux, ligamenteux.*

Les tissus serrés, les os, les ligamens, etc. ne s'ulcèrent que par leur exposition à l'air, à moins qu'ils ne soient épanouis au point de se prêter à une collection purulente au milieu de leur épaisseur. Cette modification est possible dans le tissu osseux; elle est ordinairement l'effet du développement lardacé : ce qui ne me permet pas de douter qu'il ne puisse s'y former une ulcération.

14°. *Ulcération des membranes.*

Les ulcérations des membranes varient comme les phlogoses auxquelles elles sont sujettes. Celles

de la peau sont presque innombrables; la plus commune est celle qui succède à la phlogose sanguine superficielle, comme celle des vésicatoires, des brûlures légères, de toutes les excoriations; vient ensuite celle qui intéresse toute l'épaisseur du chorion. On la voit à la suite des brûlures profondes; elle se montre plus circonscrite après la période aiguë des clous et des anthrax. Lorsque la perte de substance que laisse la chute de leur escarre pénètre au-delà du derme, elle se rapproche de l'ulcération des abcès phlegmoneux. La suppuration, l'aspect rouge et granuleux sont les mêmes lorsque l'inflammation des ulcères de la peau agit exclusivement sur ses capillaires sanguins; mais ces plaies sont sujettes aux mêmes accidens que les phlegmoneuses, par l'influence des irritans extérieurs.

Si les faisceaux excréteurs muqueux ou sébacés sont possesseurs de l'irritation, l'ulcère est pustuleux, croûteux, sanieux, séreux et avec prurit, telles sont les excoriations psoriques, herpétiques, teigneuses; si les lymphatiques sont plutôt irrités, il est tuberculeux, gommeux, muqueux, calleux, tels que se montrent les ulcères vénériens et scrofuleux superficiels, ceux qui succèdent aux croûtes des enfans, ceux de l'éléphantiasis.

Toutes ces nuances s'observent isolées et diversement combinées. Ainsi, l'ulcération vermeille et fraîche d'un vésicatoire, d'une brûlure légère, paraît grisâtre et inégale; le pus blanc et onctueux

qu'elle fournissait devient séreux, jaunâtre ou rougeâtre; la douleur modérée de la plaie se change en un prurit insupportable, lorsque l'irritation dartreuse vient se combiner avec la sanguine : et, au contraire, en irritant par la friction ou par tout autre moyen la surface de la peau mise à nu par la destruction d'une vésicule psorique, dartreuse, par le détachement d'une croûte, on transforme de petites ulcérations blanches, à peine visibles, en gros furoncles et même en hideux ulcères sanieux, rouges, saignans, parce qu'on ajoute l'irritation des capillaires sanguins à celle des capillaires excréteurs.

La variole légère, qui n'attaque que les excréteurs, se borne à des pustules qui intéressent à peine le tissu du derme : est-elle confluente et compliquée d'une phlogose plus considérable, elle attaque tout le tissu cutané, et y occasione une perte de substance. Un bouton varioleux des plus isolés, des plus bénins, prend, si on l'irrite beaucoup, les caractères combinés de la pustule variolique et du furoncle.

L'irritation chronique de la peau avec endurcissement, qui se couvre quelquefois, dans l'âge adulte, d'une ulcération chancreuse, n'est, à mes yeux, qu'une combinaison de la phlogose blanche avec celle des excréteurs et celle des capillaires sanguins. Voici pourquoi j'ose mettre en avant cette assertion.

Si l'on irrite beaucoup une phlogose purement

sanguine, on ne la fait changer de caractère qu'avec une extrême difficulté, parce qu'il faut un autre mode d'inflammation, comme nous avons vu qu'il pouvait arriver; c'est-à-dire, parce qu'il faut que les vaisseaux blancs participent à l'irritation. Or, ce changement est annoncé par le développement d'un tissu squirrheux dans lequel on distingue la présence des sucs albumineux.

D'autre part, les ulcérations psoriques, dartreuses, teigneuses, vénériennes, toujours traitées par les adoucissans, ne s'exaspèrent point; et si elles ne guérissent pas, ce qui arrive quelquefois, elles conservent du moins leur caractère primitif, et demeurent stationnaires. Mais si on les irrite avec opiniâtreté, et qu'on y exaspère continuellement la phlogose sanguine, il n'en est aucune qui ne puisse acquérir la malignité du chancre le plus rongeur, beaucoup plus aisément que celles de l'ordre précédent, parce qu'elles ont déjà l'irritation lymphatique, et qu'il est plus facile aux irritans de développer l'inflammation sanguine que la lymphatique. On sait aussi que les ulcères vénériens peu enflammés et peu douloureux ne font jamais de grands progrès, que les plus redoutables sont ceux qui joignent la phlogose sanguine à l'excès de sensibilité, et qu'on n'a point de meilleur moyen pour les borner que les émolliens et les narcotiques combinés.

Si l'on y porte une sérieuse attention, on reconnaîtra que tous les ulcères cutanés, dont le carac-

tère est de s'étendre en rongeant, ont pour base une irritation des capillaires blancs, soit lymphatiques, soit excréteurs, au milieu de laquelle la phlogose sanguine se développe; et plus cette dernière est exaspérée, plus les ulcères font de progrès, et se rapprochent du véritable chancre.

Il n'est donc point déraisonnable d'attribuer les ulcérations chancreuses qui se développent sans cause connue sur une portion de peau ou de membrane muqueuse endurcie, à la réunion des deux phlogoses dont nous venons de parler. Reste à expliquer pourquoi, dans certains cas, cette ulcération ne cède qu'à la désorganisation de la partie malade, tandis qu'en d'autres elle guérit par les émolliens ou par certains remèdes. C'est ainsi que les chancres vénériens sont avantageusement modifiés par le mercure. Pour moi je pense que ces phlegmasies mixtes ne deviennent incurables localement qu'à force d'avoir été irritées, et généralement que par la répétition de l'irritation dans les viscères.

Plus les membranes muqueuses participent de l'organisation de la peau, plus leurs phlogoses et leurs ulcérations ont d'analogie avec les siennes. Aussi voyons-nous fort souvent les ulcères rongeurs sur les lieux où la peau commence à se transformer en membrane muqueuse; ils y sont même plus communs qu'ailleurs, parce que, dans ces lieux, la membrane est épaissie par un réseau capillaire sanguin fort actif, et entrelacé très-étroi-

tement avec des vaisseaux blancs et du tissu cellulaire : aussi, toutes les ouvertures des membranes muqueuses sont-elles également sujettes aux maladies lymphatiques et aux inflammatoires.

Plus avant, et dans la cavité des viscères, les membranes muqueuses peuvent aussi être attaquées d'ulcères rongeurs, comme nous allons le dire ; mais je ne crois pas que les ulcérations superficielles et ambulantes, sans perte de substance, soient communes dans ces membranes ; elles me paraissent l'effet de la phlogose des vaisseaux excréteurs de la peau, qui sont remplacés, dans la membrane interne des viscères creux, par les glandules muqueuses.

La phlogose sanguine et violente des muqueuses est susceptible d'escarres gangréneuses ; mais ces escarres sont ordinairement communes aux autres membranes, ou bien elles se confondent avec cette bouillie noire dont j'ai parlé à l'article *Gangrène*. Les poisons corrosifs produisent les unes et les autres.

La phlogose aiguë, moins sanguine, et qui porte son action principale sur les cryptes des embouchures des membranes muqueuses produit quelquefois une ulcération superficielle qu'on appelle *aphthe*, laquelle n'intéresse point profondément le tissu de la membrane.

Lorsque l'irritation a persisté fort long-temps, et à un faible degré, dans le tissu des muqueuses, les cryptes sont, aux yeux du médecin anato-

miste, le point d'engorgement le plus marqué. C'est aussi par eux que semble commencer l'ulcération. Elle se développe d'abord par un point blanc, couvert d'une couche muqueuse semblable aux aphthes. Si elle persiste, la glande est détruite, et ensuite la membrane dans toute son épaisseur. Cette ulcération, dont les bords sont inégaux, tuméfiés, endurcis, et comme squirrheux, développe derrière elle des tissus squirrheux et des tubercules, lorsque le tissu voisin y est propre. Si la stimulation persiste, cette ulcération n'a de terme que la destruction totale de la membrane, et dans ces cas elle entraîne la mort de l'individu (1). Sans doute que l'irritation chronique a disposé les différens faisceaux lymphatiques à la désorganisation.

Vient ensuite l'ulcération des polypes et des tuméfactions squirrheuses qui surviennent aux membranes muqueuses, et qui sont quelquefois le résultat du développement lardacé du tissu cellulaire qui unit les différentes membranes des viscères creux. Je renvoie cette dernière au paragraphe du cancer celluleux.

Les membranes séreuses ne m'ont jamais paru ulcérées que sur les développemens squirrheux, qui leur arrivent quelquefois. Mais cela regarde encore le cancer celluleux.

---

(1) Ces pertes de substance sont curables quand elles ne sont pas très-étendues; on en voit même les cicatrices dans la muqueuse du conduit intestinal.

15°. *Ulcération des faisceaux lymphatiques et glanduleux sécrétoires.*

L'espèce de suppuration ou la réduction en *putrilage* des faisceaux lymphatiques ne mérite pas le nom d'*ulcération;* mais dans l'état squirrheux qui précède cette altération, les glandes sont exposées à s'ulcérer, si l'irritation y est considérablement augmentée, parce que la phlogose sanguine vient entraver la marche régulière de la phlegmasie lymphatique, qui aboutirait lentement à l'état tuberculeux. J'ai vu cette ulcération sur les glandes bronchiques par suite du catarrhe chronique; on la rencontre quelquefois dans les bubons vénériens et les tumeurs scrofuleuses; elle se présente dans les glandes du mésentère, où elle est la prolongation de l'ulcération de la muqueuse, aussi-bien que dans les parois de l'estomac ulcéré, où il se développe des glandes qui ne paraissaient point auparavant; elle est également possible, et beaucoup plus ordinaire, dans les glandes sécrétoires. Nul doute que ce ne soit à la combinaison de la phlogose blanche avec la phlogose rouge, dans une nuance où la dernière ne soit pas trop prédominante, qu'il faille attribuer les ulcérations vénériennes, scrofuleuses et cancéreuses des amygdales, des prostates, des testicules et des glandes mammaires. Mais comme toutes ces ulcérations sont l'effet de l'irritation chronique de plusieurs

tissus réunis, nous ne saurions nous en former une juste idée qu'après avoir étudié l'ulcération chronique du cellulaire.

16°. *Ulcération des masses lardacées.*

Le tissu cellulaire pur et simple, qu'une irritation chronique des plus faibles a réduit à cet état lardacé que j'ai décrit plus haut, paraît peu susceptible d'éprouver des changemens. Lorsque nous disséquons des membres presque entièrement transformés en une masse lardacée, nous n'y découvrons point ordinairement d'ulcération : s'il en survient, elle commence par la peau. Il en est ainsi de toutes les tumeurs squirrheuses voisines de la superficie ; de sorte que j'ai douté longtemps si l'ulcération était possible ailleurs que sur les surfaces membraneuses.

Mais j'ai rencontré des points d'ulcération, et même de très-vastes ulcères, au milieu des masses adipeuses et lardacées qui se développent quelquefois dans le médiastin, dans le tissu cellulaire du mésentère et de l'épiploon ; j'en ai vu qui avaient divisé transversalement des muscles encore enfermés dans leurs gaînes ; j'ai rencontré la rate partagée en deux parties dans un sac rempli de pus : depuis lors j'ai reconnu que l'ulcère était possible par-tout.

Celui qu'on observe au milieu du tissu lardacé offre des parois rugueuses, dures, mêlées d'un rouge livide, et d'une nuance pâle ou grisâtre. Le

pus qu'on y trouve est un liquide séreux, sanguinolent, floconneux, ou une espèce de boue qui paraît comme le détritus des parties, et qui exhale une odeur d'une fétidité particulière.

Rapprochons maintenant ce que nous avons dit sur l'ulcération.

L'ulcération de la phlogose aiguë et manifestement sanguine tend promptement à sa terminaison; celle de la phlogose sanguine combinée avec l'irritation des faisceaux blancs est d'autant plus rebelle et plus rongeante, que les capillaires rouges sont dans une action plus considérable, c'est-à-dire qu'il y a plus d'irritation, pourvu, toutefois, qu'il n'en résulte pas une escarre gangréneuse, dont la chute pourrait ramener la surface ulcérée à l'état de plaie simple.

Celle des parties lardacées, où l'irritation sanguine paraît la plus faible, est rare et fait peu de progrès. Il résulte de ces trois propositions, 1°. que l'irritation des capillaires sanguins seule ne produit point les ulcères rongeans et le cancer; 2°. que l'irritation des capillaires blancs peut donner lieu à ces affections; 3°. que la réunion des deux irritations dans le même tissu communique à ces ulcérations le plus haut degré d'activité dont elles soient susceptibles.

Les faits que nous venons de rappeler, les rapprochemens que nous venons de faire, me paraissent devoir éclairer l'étiologie des différentes ulcérations rongeantes. Ainsi, l'on reconnaît faci-

lement dans celle du sein, qui est la plus commune, une combinaison de l'irritation de plusieurs espèces de faisceaux blancs, sur lesquels agit encore l'aiguillon de la phlogose sanguine. Ces faisceaux sont les lymphatiques proprement dits, les sécréteurs du lait, les exhalans et les absorbans du tissu cellulaire, qui jouissent tous d'une activité peu ordinaire aux autres vaisseaux de leur ordre. Ajoutez-leur encore les excréteurs et les sébacés du tissu cutané, dans lesquels commence ordinairement l'ulcération.

Tous ces faisceaux sont entremêlés de capillaires rouges de différens degrés d'activité : tels sont ceux de la peau, ceux du mamelon, ceux des glandes lactées. Est-il donc difficile de concevoir que la marche du cancer du sein soit si rapide ?

D'autre part, cet épanouissement et cette vitalité si considérables des faisceaux blancs de l'organe mammaire n'expliquent-ils pas pourquoi l'engorgement s'étend si facilement au loin, et rend si souvent l'extirpation inutile ?

Ne voit-on pas également que si les ulcères rongeans bornés à la peau sont beaucoup plus facilement guéris, c'est parce que l'amputation ou le caustique peuvent détruire tout ce qui participe à l'engorgement, dont les progrès sont toujours lents et difficiles dans un tissu aussi serré que le derme ?

Je ne pousserai pas plus loin les conclusions. On verra, dans la suite, combien la thérapeutique

peut gagner à cette manière de considérer l'irritation dans les différentes parties du corps.

III. INFLUENCE DE L'INFLAMMATION SUR LES FONCTIONS EN GÉNÉRAL.

Jusqu'ici, nous n'avons examiné l'inflammation que dans le lieu qui en est attaqué ; mais, pour s'en former une image complète, il est nécessaire de se rendre compte des influences qu'elle exerce sur les fonctions en général.

Nous allons donc procéder à cette recherche, en suivant la phlogose depuis son plus haut degré d'énergie jusqu'à son plus faible.

1°. *Influence de l'inflammation phlegmoneuse, et de ses suites.*

Lorsqu'un gros faisceau de capillaires sanguins est dans un état d'inflammation, il y a accélération du mouvement circulatoire, augmentation de la chaleur, altération de tous les mouvemens organiques sécréteurs et de la nutrition, qui est suspendue jusqu'à un certain point.

La douleur du lieu phlogosé paraît être la cause de tous ces changemens; c'est elle qui provoque l'oscillation morbifique, et qui appelle les fluides vers le lieu irrité. C'est elle qui excite ces troubles sympathiques du cœur et des capillaires des différens organes, d'où résultent la fièvre et le dérangement des sécrétions.

Cependant tous les accidens qui accompagnent l'inflammation phlegmoneuse ne semblent pas toujours en raison directe de la douleur. Pour prévenir les fausses conséquences qu'on pourrait tirer de ce fait, il faut considérer les effets de la douleur de la manière suivante.

Les causes générales de l'inflammation se réduisent, pour nous, à deux, qui sont : *une stimulation venant de l'extérieur, une stimulation venant de l'intérieur.* C'est le mécanisme de la première qui nous enseigne à expliquer celui de la seconde, et cette étude nous conduit à l'étiologie de l'inflammation en général.

Stimulation venant de l'extérieur. Il y a longtemps que les physiologistes savent qu'on peut faire naître une phlogose dans un lieu quelconque, en s'opiniâtrant à l'irriter. Nous verrons, dans le cours de cet ouvrage, beaucoup de phlegmasies produites de cette manière.

Dans tous ces cas, on peut remarquer que la douleur précède la phlogose; mais on observe également que celle-ci varie selon la structure de la partie. Si l'on irrite dans un lieu épais et sanguin, on obtient une phlegmasie; si l'on agit sur un tissu blanc et serré, on ne provoque qu'un engorgement; si l'on stimule un tissu nerveux, on excite des douleurs atroces, sans gonflement et presque sans phlogose.

Eh bien! la différence qui s'observe d'un tissu à un autre se rencontre aussi, quoique moins

considérable, dans le même tissu. Les hommes les plus sanguins ne sont pas toujours ceux qui ont le plus de propension au phlegmon, quoiqu'ils y soient plus sujets que ceux chez qui l'on trouve à peine des capillaires sanguins perceptibles à l'œil, et qui sont d'une sensibilité difficile à émouvoir.

Les tempéramens athlétiques peu sanguins et peu sensibles échappent encore plus aisément aux phlegmasies. Les personnes très-nerveuses et peu sanguines peuvent être tourmentées long-temps par la douleur sans qu'il en résulte d'inflammation.

Les plus exposés à la phlogose, ce sont les tempéramens sanguins et nerveux, c'est-à-dire ceux où la sensibilité animale et la sensibilité organique, c'est-à-dire l'irritabilité, sont simultanément très-développées, et qui joignent à cela un certain degré d'hypertrophie du cœur. On les reconnaît, en général, par la vivacité du pouls, la chaleur des extrémités, la difficulté qu'on trouve à étancher le sang de leurs plus légères blessures : ils sont sujets aux emportemens violens des passions; enfin, l'expérience apprend que la plus légère irritation développe chez eux de petites tumeurs inflammatoires.

Cette espèce de susceptibilité n'est pas incompatible avec la force; mais on la trouve quelquefois réunie à la faiblesse; elle correspond à un grand développement de la sensibilité de relation; mais cela ne suffit pas pour la constituer. La vivacité habituelle du mouvement circulatoire, qui

annonce l'activite exubérante du cœur, lui est nécessaire, puisque c'est à raison de cette activité que les stimulans agissent plus particulièrement sur l'appareil circulatoire.

L'irritation des corps extérieurs provoquera donc d'autant plus facilement la phlogose, qu'elle sera mieux ressentie par les capillaires sanguins.

Cette proposition me paraît démontrée.

L'irritabilité organique pure et simple, exaspérée dans un faisceau de capillaires sanguins enflammés, peut mettre en jeu les sympathies, et développer l'appareil inflammatoire général dont nous avons parlé. Je citerai des exemples d'inflammations sanguines, fébriles, désorganisatrices, et même mortelles, sans douleur du lieu phlogosé.

M. Hébreard, chirurgien en second de la maison royale de Bicêtre, a vu ce fait de la manière la moins équivoque sur un bras privé depuis long-temps de sensibilité. Il s'y développa un phlegmon accompagné de chaleur et de rougeur, sans aucune espèce de sentiment douloureux (1).

Mais toutes ces inflammations tacites n'acquièrent jamais le dègré d'énergie dont celles qu'anime la douleur sont susceptibles; les troubles sympathiques, et surtout la fièvre, y sont bien moins considérables; les altérations locales, qui tiennent à la nature du phlegmon, y sont plus diffi-

---

(1) *Voy.* les *Bulletins de la Société médicale d'émulation*, novembre 1807.

ciles. La tumeur inflammatoire observée par M. Hébreard ne parvint point à la suppuration ; elle se dissipa d'une manière insensible, comme si l'effort inflammatoire eût avorté.

On peut donc admettre que l'irritabilité organique est en raison directe de la sensibilité animale. On sait aussi, puisque l'effet de tous les irritans le prouve, que tout ce qui exalte l'une ranime également l'autre. Bichat, qui s'est donné tant de peine pour diviser la sensibilité, n'a pu s'empêcher d'avouer que l'organique pouvait, en s'accroissant, se convertir en sensibilité animale, et retourner ensuite à son premier état, *et vice versâ.*

Toutes les différences que nous offre la faculté générale de sentir ne sont donc que des différences de degré et de siége; et, pour appliquer ceci à l'inflammation en général, nous voyons que c'est la sensibilité des capillaires artériels à l'action des stimulans, c'est-à-dire leur irritabilité, qui favorise la phlogose, et que cette sensibilité est toujours plus active quand l'impression est propagée au *sensorium*, que lorsqu'elle est bornée aux phénomènes locaux.

C'est donc la douleur qui est la cause provocatrice la plus puissante des phlegmasies. Il est donc très-exact de dire que les troubles sympathiques sont, aussi-bien que les désordres locaux, en raison directe de la douleur. Passons à la seconde cause générale de l'inflammation.

Stimulation venant de l'intérieur. Nous avons

examiné d'abord les stimulans extérieurs, comme les plus évidens et les plus propres à nous conduire à la théorie des stimulans intérieurs. Ceux-ci peuvent être aussi matériels que les premiers; par exemple, la bile, subitement dépravée par l'altération de l'action sécrétoire du foie, et abondamment versée dans le canal digestif, peut occasioner un choléra inflammatoire; mais le plus souvent la stimulation de cause interne ne laisse voir autre chose qu'une aberration, en apparence spontanée, des mouvemens organiques. Si pourtant on y porte une sérieuse attention, on s'aperçoit bientôt que la plupart des concentrations qui donnent lieu aux phlegmasies semblent être, et sont en effet une action trop considérable des principaux organes sécréteurs de l'économie. Les phlegmasies pectorales ont lieu quand le poumon est forcé, pour suppléer à la torpeur de la peau, de sécréter plus qu'il ne devrait le faire; c'est par un surcroît d'action, provoqué d'une manière à-peu-près analogue, que sont déterminées la plus grande partie des autres inflammations de cause interne. On ne saurait méconnaître ce mécanisme dans l'influence sympathique d'un organe enflammé sur un autre, qui contracte à son tour le même état de phlegmasie.

Quelle que soit la cause première de ces augmentations vicieuses d'action sécrétoire ou autre, telles que l'influence sympathique, les violences extérieures, la contraction excessive dans les mus-

cles, etc., qui dégénèrent en phlogose, nul ne peut y méconnaître l'augmentation graduée de la susceptibilité organique, et son passage à l'état de sensibilité animale. Or, ce passage est toujours pénible pour l'économie. D'abord, il développe un sentiment de malaise, et met en jeu les sympathies, ce qui suppose toujours que le cerveau influence et est influencé, et constamment il l'est avec l'appareil digestif. Dans un degré d'irritation plus considérable, c'est toujours cette irritabilité qui détruit l'harmonie des fonctions en produisant la douleur; son influence est quelquefois si puissante, qu'elle enchaîne l'irradiation générale des forces, et suspend pour jamais l'exercice des facultés vitales. J'ai vu plusieurs malades expirer dans un malaise horrible pendant la violence de vastes inflammations, sans qu'ils eussent accusé aucune douleur fixe et permanente. Cette mort en est-elle moins l'effet de la douleur?

Ainsi, l'exaltation de la susceptibilité organique ne saurait être portée fort loin sans devenir véritablement douloureuse. La douleur préside donc à la formation de toutes les inflammations. Voyons maintenant quels effets les terminaisons et les suites des phlegmons peuvent avoir sur l'ensemble des fonctions.

Le phlegmon, en se terminant par résolution, cesse d'être douloureux et bientôt d'exister. Il ne saurait donc produire de phénomènes sympathiques; s'il se prolonge dans un degré obscur, en

conduisant l'organe à l'induration rouge, il ne peut entretenir qu'un mouvement fébrile des plus faibles; mais s'il occupe un des viscères fondamentaux, et surtout le poumon, il porte une atteinte considérable aux sécrétions, et donne lieu à l'hydropisie, quoiqu'il soit à peine douloureux.

S'il produit un abcès, si cet abcès est complètement vidé, s'il n'existe plus de cause locale de douleur et de phlogose, rien ne peut plus troubler l'harmonie générale; mais si l'abcès n'est point ouvert, ou si, quoiqu'il le soit, il existe des foyers profonds et des clapiers où séjourne le pus, il y a prolongation de douleur et d'inflammation, et fièvre hectique.

Lorsqu'elle est due à une collection de matière purulente, dont l'existence n'est que soupçonnée, sous l'aponévrose d'un membre, ou dans une partie dont la distension fatigue les principaux viscères, cette fièvre est d'une médiocre intensité et entremêlée de frissons vagues. Je la regarde alors comme un simple effet de la douleur (c'est-à-dire des sympathies qu'elle développe), quoiqu'une partie du pus soit résorbée. Ne voit-on pas très-fréquemment des collections purulentes considérables qui, quoiqu'une portion du pus pénètre dans les voies de la circulation, ne donnent point lieu à la fièvre hectique, pourvu que l'abcès ne fatigue aucun organe très-sensible et très-influent sur l'économie? Je ne l'appelle encore que *hectique de douleur*.

Lorsque la fièvre hectique persiste ou se ranime après l'ouverture d'un foyer phlegmoneux qui suppure, je la nomme *hectique de résorption*. En effet, elle est due à la résorption du pus altéré et décomposé par l'air, autant qu'à la douleur excitée dans le tissu phlogosé par le pus, par l'air et par les autres corps étrangers. Mais le pus, ainsi que la douleur, ne peuvent la produire qu'en portant l'irritation dans le cœur; et presque toujours en même temps dans la muqueuse gastrique et dans le cerveau, qui partage ordinairement son irritation. Tous les abcès à clapiers, toutes les plaies d'armes à feu avec dépôts, fusées de pus, corps étrangers, toutes les phthisies suppurantes, se rangent dans cette catégorie.

Cette espèce d'hectique est la plus consomptive et la plus rapide de toutes, comme nous n'aurons que trop d'occasions de nous en convaincre dans la suite de cet ouvrage.

Les suppurations prolongées dont le pus ne saurait fomenter une fièvre hectique un peu vive, soit parce qu'il n'est pas résorbé, soit parce que le sujet est peu irritable, ce qui marche ordinairement de concert, jettent le malade dans un épuisement qui l'expose à l'hydropisie.

Telles sont les différentes manières dont l'inflammation des faisceaux épais, sensibles et mobiles de capillaires sanguins peut influencer l'harmonie et la succession régulière des fonctions. On sent que j'y comprends toutes les irritations qui

ont leur siége dans le tissu cellulaire qui s'insinue dans les principaux organes sécréteurs.

2°. *Influence de l'inflammation des tissus musculeux, tendineux, ligamenteux et osseux, sur les fonctions.*

Le tissu musculeux agit comme le cellulaire, puisqu'il n'opère que par son moyen. Le tendineux et le ligamenteux, qui ne nous présentent, en effet, que des lames celluleuses plus condensées que le réseau adipeux, influencent très-activement toutes les fonctions lorsqu'ils sont dans un état d'inflammation aiguë. Je ne doute nullement que le mouvement fébrile, la sueur, l'augmentation de l'excrétion sébacée de la face, et de l'excrétion muqueuse des voies gastriques, qui s'observent presque toujours durant le cours du rhumatisme aigu, ne soient l'effet sympathique de l'espèce de douleur qui est particulière aux tissus dont nous parlons. Aussi, ne retrouvons-nous plus ces lésions sympathiques aussitôt que le rhumatisme a revêtu le caractère chronique.

Le périoste et les os ne peuvent occasioner la fièvre et les altérations des sécrétions, qu'autant que leur irritation se rapproche de l'intensité du phlegmon, que le réseau celluloso-vasculaire s'y développe et s'y colore d'une manière bien marquée : c'est toujours par la douleur que ces sortes de sympathies sont exercées.

C'est encore par la douleur que les *spina-ven-*

tosa et autres maladies chroniques du système osseux parviennent à troubler le sommeil, à causer des névralgies, des convulsions et le marasme.

3°. *Influence de l'inflammation des tissus membraneux sur les fonctions.*

Dans leur plus haut degré de phlogose, certains tissus membraneux influencent la circulation et les sécrétions de la même manière que le phlegmon; et plus les faisceaux enflammés sont épais, et le tissu de la membrane épanouissable, plus la ressemblance est exacte. Les phlegmasies cutanées sont, de toutes les phlogoses membraneuses, celles qui donnent au pouls le plus de consistance, à la chaleur le plus d'intensité; et l'on peut toujours observer que la douleur et le gonflement y sont proportionnés à la fièvre et à la chaleur. C'est ce qui se remarque dans les érysipèles, les anthrax, la variole, la scarlatine, la rougeole, quoique l'inflammation concomitante des membranes muqueuses ajoute nécessairement à l'intensité du mouvement fébrile.

Les phlegmasies cutanées sont-elles d'un caractère chronique, plus de fièvre, à moins que la douleur ne la réveille, ainsi qu'on l'a vu chez plusieurs galeux ou dartreux que l'excès du prurit jetait dans l'agitation, l'insomnie, la fièvre, et même dans le marasme (*Voy.* mon ouvrage sur *la Fièvre hectique*). La résorption d'un pus fétide

ne pourrait y contribuer que quand la peau est couverte d'ulcères rongeurs : la fétidité des excrétions, et des progrès plus marqués du marasme, distinguent assez cette hectique de toutes les autres.

Toutes les phlegmasies des membranes muqueuses peuvent être très-fébriles, surtout dans le tissu du poumon, quoique la douleur y soit rarement vive et aiguë. Dans les organes digestifs elle a quelquefois un caractère de fixité et de profondeur qui lui est particulier, et par lequel les forces sont enchaînées. Les lésions des sécrétions et celles de l'appareil sensitif et locomoteur sont cependant alors considérables. La nutrition est tout-à-fait suspendue; le pouls, quoique accéléré, est peu large et peu fort.

Ces phlegmasies, devenues chroniques, sont presque indolentes et toujours sans résorption de pus, à moins de complication : aussi sont-elles souvent apyrétiques. L'amaigrissement, qui s'y observe quelquefois, vient du défaut de nutrition, plutôt que d'une décomposition accélérée, comme dans la phthisie pulmonaire ; l'hydropisie qui les suit bien souvent paraît avoir lieu quand elles épuisent sans causer beaucoup de douleur ni de fièvre. — L'ulcère et le chancre de ces membranes, s'ils surviennent alors, influent sur tous les symptômes, qu'ils rendent plus considérables; mais, d'ordinaire, la douleur y correspond.

Les phlegmasies des membranes séreuses sont

plus souvent douloureuses et fébriles dans leur début que celles des muqueuses; il faut aussi remarquer que, bien que infiniment plus minces, les membranes séreuses sont plus épanouissables et plus susceptibles de se prêter à la tuméfaction sanguine par l'effet d'une phlogose véhémente, que les muqueuses les mieux colorées. Elles ont, d'ailleurs, en beaucoup d'endroits, derrière elles un tissu cellulaire qui, s'il participe à l'irritation, tend à les déplisser et à les réduire en tissu cellulaire.

Devenue chronique, la phlogose des séreuses est encore moins douloureuse et moins fébrile que celle des muqueuses. Lorsque l'irritation y est très-faible, il n'y a plus, pour signe extérieur de son existence, que l'accumulation du produit de la phlogose. Ce produit, s'il est résorbé, ne cause point l'hectique de résorption dont j'ai parlé, bien qu'il ait souvent les caractères du pus phlegmoneux le mieux conditionné, à moins qu'il n'ait quelque communication avec l'air; car alors sa putréfaction est inévitable, et les symptômes qui en résultent sont, en tout point, analogues à ceux de l'hectique des foyers phlegmoneux putrides, et des phthisies suppurantes.

Souvent les membranes séreuses se phlogosent par une espèce de *sympathie de similitude* : peut-être est-ce à une influence analogue qu'il faut attribuer ces hydropisies universelles qui, long-temps avant qu'on soit en droit de les attribuer à

l'épuisement, viennent quelquefois compliquer les péritonites. Rarement a-t-on l'ulcère à redouter sur les séreuses, à moins d'un développement lardacé. Ainsi, nous allons passer aux effets de l'irritation des faisceaux purement consacrés aux fluides blancs.

4°. Influence de l'inflammation des faisceaux lymphatiques et de toutes les tuméfactions blanches sur les fonctions.

L'irritation des glandes et des faisceaux lymphatiques qui détermine leur tuméfaction, est quelquefois assez douloureuse, surtout quand les tissus cellulaires y participent, pour exciter de la fièvre et autres troubles sympathiques; ces phénomènes disparaissent dans l'état chronique qu'on appelle d'*induration;* mais ils peuvent revenir lorsque ces tumeurs s'échauffent, s'enflamment une seconde fois, et passent à l'état dit *cancéreux :* alors les troubles généraux sont produits par le même mécanisme que ceux du phlegmon chronique ou ulcéré. N'est-ce pas ainsi qu'est entretenue l'irritation fébrile dans les cancers des mamelles, etc.?

Lorsque l'irritation chronique primitive, fixée dans les tissus cellulaires, a été assez faible pour n'intéresser que les exhalans et les absorbans, et n'a produit que l'engorgement lardacé, les fonctions ne sont que légèrement troublées, à moins

que la tuméfaction ne devienne prodigieuse. Tels sont ces lipomes énormes du médiastin et du tissu inter-péritonéal qui compriment et désorganisent les viscères.

Dans ce cas, et dans celui où l'engorgement indolent envahirait lentement le parenchyme d'un viscère essentiel à la vie, trois chances sont possibles : 1°. la phlogose tardive, par l'effet de la pression ou d'autres causes irritantes ; 2°. le marasme sans phlogose, par l'altération des forces assimilatrices ; 3°. l'hydropisie, par la répétition sympathique, par l'épuisement, et par l'obstacle offert au mouvement circulatoire.

L'ulcère cancéreux qui se développe au milieu des masses lardacées, fournit à la résorption un pus d'autant plus abondant et plus putride, que les capillaires artériels sont plus animés dans ses parois et dans sa circonférence, c'est-à-dire, que l'inflammation y est plus vive. Aussi la fièvre hectique est-elle rapide dans les cancers où cet ordre de vaisseaux prédomine, comme dans celui du sein. Elle est en même temps hectique de *douleur* et de *résorption*.

Si l'ulcère est situé sur une masse lardacée, s'il est enfermé dans l'épaisseur d'une tumeur de même nature, ou dans une membrane sans ouverture, il devient difficilement aussi phlogistique, et son pus aussi sanieux et aussi délétère que lorsqu'il occupe une surface en communication avec l'atmosphère. Cette différence vient autant

de ce que l'air ne contribue pas à la putréfaction du pus, que du défaut de prédominance des capillaires sanguins dans le rayon de l'ulcère.

RÉSUMÉ DES GÉNÉRALITÉS DE L'INFLAMMATION.

1°. *Définition.*

Toute exaltation locale des mouvemens organiques assez considérable pour troubler l'harmonie des fonctions, et pour désorganiser le tissu où elle est fixée, doit être considérée comme une inflammation.

2°. *Différences.*

L'inflammation présente une foule de variétés qui correspondent à la nature des faisceaux capillaires qu'elle occupe et à son degré. *Ainsi* (*A*) *dans les faisceaux capillaires sanguins, épais ou fort étendus, et doués de beaucoup d'énergie*, douleur, tumeur, rougeur et chaleur. — *Par les progrès de la maladie*, résolution, gangrène, induration rouge, suppuration, abcès, ulcère simple, guérison sans autre désorganisation que la condensation et la destruction du tissu cellulaire. — *Par la prolongation dans les degrés peu énergiques*, mêmes phénomènes, et, de plus, un développement des faisceaux lymphatiques qui ne permet plus la guérison sans désorganisation.

(*B*) *Dans les faisceaux capillaires sanguins moins énergiques et de peu d'épaisseur*, tumeur

et rougeur; mais quelquefois la chaleur et la douleur manquent. — *Par les progrès*, qui sont toujours moins prompts, résolution, gangrène, induration rouge, souvent entremêlée de faisceaux lymphatiques dégénérés, suppuration par exsudation, et ulcère quelquefois rongeant, à cause d'un mélange d'induration blanche.

(*C*) *Dans les faisceaux capillaires blancs*, la forme phlegmoneuse est possible, surtout dans les glandes conglobées, mais rare. Le plus souvent la tumeur seule est constante, la rougeur manque, la douleur a lieu quelquefois, la chaleur n'existe point. — *Par les progrès*, dans les glandes, résolution, induration, suppuration blanche et tuberculeuse; dans les tissus cellulaires, endurcissement lardacé; dans tous, ulcères rongeans incurables, à moins que les parties endurcies ne soient détruites.

3°. *Influence sur les fonctions.*

L'inflammation influence d'autant plus puissamment l'exercice des fonctions, qu'elle est plus énergique, *et vice versâ*. Ainsi (*A*), *par les phlogoses sanguines aiguës du caractère phlegmoneux ou occupant une grande étendue dans une membrane viscérale*, on observe fièvre, malaise, altération profonde des fonctions nerveuses, dérangement des sécrétions; et, *par les progrès de la maladie et sa prolongation dans l'état chronique*,

avec suppuration, *ulcère*, etc., fièvre hectique très-vive, consomption, marasme.

(*B*) *Par les phlogoses sanguines des organes peu fournis de capillaires rouges, ou très-circonscrites dans des membranes*, fièvre moins aiguë, troubles nerveux souvent très-considérables, dérangemens des sécrétions y correspondant; mais tous ces accidens ne sont pas constans, et, souvent, quelques-uns ne paraissent que dans un degré peu prononcé. — *Par les progrès et l'état chronique avec suppuration*, *ulcère*, etc., fièvre hectique peu vive, souvent à peine marquée, consomption lente, marasme difficile, à moins que la phlogose n'occupe l'organe qui préside à l'assimilation: dans ce cas, l'exténuation est prompte, considérable, et ne dépend point de la fièvre: l'hydropisie est possible, surtout si l'hectique est faible.

(*C*) *Par les phlogoses lymphatiques* ou l'irritation simple des faisceaux capillaires blancs, aucune fièvre, point de troubles sympathiques, à moins d'une complication des irritations précédentes. — *Par la très-longue durée et l'ulcération*, etc., si l'irritation des faisceaux blancs est pure et simple, altération de la nutrition; dérangement des sécrétions séreuses et lymphatiques, hydropisie; si l'ulcère est échauffé par un mélange de phlogose sanguine, hectique des plus rapides, marasme très-considérable.

Telles sont les idées qu'une immense quantité de faits attentivement observés, des méditations soutenues, des discussions souvent réitérées avec des médecins d'un mérite distingué, m'ont fait d'abord adopter sur le grand phénomène de l'inflammation. Mais depuis la première édition de cet ouvrage, les maladies dont il offre des exemples se sont ralliées au reste de la pathologie, comme on peut le voir par l'*Examen des doctrines médicales*.

Il s'agit maintenant de procéder à l'exposition des faits qui ont servi de base à la médecine physiologique. On trouvera ici tous ceux des éditions précédentes, et quelques autres que j'ai cru devoir y ajouter pour rendre plus complet le tableau des phlegmasies chroniques des principaux viscères. Les autres inflammations paraîtront bien souvent comme complication, et je m'efforcerai d'en tirer parti, afin de donner au tableau des maladies inflammatoires autant d'étendue que cet ouvrage peut en avoir sans perdre de son intérêt. Au surplus, il offrira toujours assez de faits pour représenter la très-grande majorité des affections chroniques; et, quoique extrait en grande partie de la pratique des hôpitaux militaires, il embrassera pareillement les maladies de toutes les classes de la société, puisqu'il n'est personne dont la poitrine et le bas-ventre ne soient exposés à l'action de mille agens destructeurs.

En effet, les organes que ces cavités contien-

tient, quoique placés dans l'intérieur de notre corps, s'offrent, à chaque instant de l'existence, à l'impression de tous les irritans mécaniques ou chimiques qui nous entourent; leur tissu le plus intime est le terme constant de toutes les oscillations douloureuses des passions, comme l'a clairement démontré Bichat; une infinité de circonstances nous empêchent bien souvent de remédier aux premières atteintes qui leur sont portées.

Est-il donc étonnant que la majeure partie des hommes qui succombent au milieu de leur carrière soient les victimes d'une phlegmasie? et puisque les agens perturbateurs auxquels ils les doivent ont usé pendant long-temps leurs forces et dépravé leur sensibilité, faut-il être surpris que leurs organes se détériorent quelquefois sans donner presque aucun indice de souffrances, ou qu'ils ne l'expriment que d'une manière obscure, équivoque, et que ces inflammations soient chroniques ou latentes?

Comme il s'agit, dans cet ouvrage, de bien déterminer la nature des maladies, la plupart chroniques, que j'y ai rassemblées, et de prouver qu'elles sont l'effet de la phlogose des viscères, j'ai dû fonder les caractères sur des histoires terminées par la mort et éclairées par l'ouverture des cadavres. La première partie du tableau de chaque phlegmasie est donc un cadre d'anatomie pathologique raisonnée. C'est de là que

j'ai voulu extraire les vérités qui composent mon histoire générale, qui ne doit rien contenir d'hypothétique.

Il me restait à tirer des faits un parti plus avantageux et plus utile à l'humanité, en les appliquant à la thérapeutique. Je m'efforce d'atteindre ce but en rapportant un certain nombre d'histoires terminées par la guérison, les plus rapprochées, par leurs symptômes, de celles qui ont servi de fondement aux caractères de la maladie. Je les compare avec les premières et les discute autant qu'il le faut pour démontrer l'analogie. Je m'étudie ensuite à fixer l'attention sur l'effet des médicamens, et sur les détails de leur administration. Enfin, mon travail est terminé par un résumé très-concis de tout ce qui a été dit sur la phlegmasie.

Fidèle à la méthode que j'ai adoptée de procéder du plus évident au plus obscur, je commencerai par les phlegmasies du poumon.

SECTION PREMIÈRE.

DES INFLAMMATIONS PULMONAIRES EN GÉNÉRAL.

Tout ce que nous avons dit de l'inflammation en général peut s'appliquer à celle des poumons. L'inflammation est toujours, pour cet organe, une irritation fixée dans un faisceau plus ou moins considérable de vaisseaux capillaires, qui ont appelé des fluides vers eux, et tendent à leur donner un nouvel état chimique; mais le résultat de cet effort local diffère en raison de la prédisposition ou du tempérament, et en raison de la nature des capillaires dans lesquels le point inflammatoire a pris naissance. Comme cette différence est la plus essentielle, elle servira de fondement aux distinctions que nous sommes obligés d'établir, et nous reconnaîtrons autant d'espèces d'inflammations pulmonaires, qu'il y a dans le poumon de faisceaux capillaires dont l'inflammation suit une marche différente.

Tous les praticiens s'accordent à distinguer trois sortes d'inflammations pulmonaires : 1°. inflammations de la membrane muqueuse; 2°. inflam-

mations du parenchyme; 3°. inflammations de la membrane séreuse ou de la plèvre. Les premières sont appelées *catarrhes*; les secondes *pneumonies*, ou, plus vulgairement, *péripneumonies*; les troisièmes sont connues sous le nom de *pleurésies*.

Il est une inflammation accompagnée d'ulcère qui tend à détruire les poumons, et qui, par là, conduit au marasme et à la mort. On la nomme *phthisie* : je la considère comme une phlegmasie chronique du parenchyme.

Le catarrhe, la pneumonie et la pleurésie se montrent dans une foule de nuances, depuis l'état le plus aigu jusqu'au plus chronique. Dans le premier, ils sont accompagnés de la chaleur, de la douleur, de la tumeur et de la rougeur; ils déterminent la fièvre, des troubles sympathiques très-violens; et si la mort survient, des désordres se manifestent dans les faisceaux capillaires sanguins. Nous désignerons donc ces trois phlegmasies par le titre général *d'inflammations sanguines*.

En perdant le caractère aigu et se prolongeant beaucoup, ces phlegmasies perdent une partie de leurs premiers symptômes, et en manifestent d'autres par lesquels elles se rapprochent de la phlogose consomptive, qu'elles semblent même souvent déterminer. En suivant ces phlegmasies sanguines dans leurs différentes nuances de chronicité, nous aurons donc préparé l'histoire de la phthisie. La phthisie, ou l'espèce de phlogose qui

ulcère et ronge le parenchyme du poumon, se présente bien souvent avec des symptômes de catarrhe, de péripneumonie et de pleurésie; il est donc avantageux d'avoir étudié ces maladies avant de nous en occuper. Outre la phlogose des capillaires sanguins, qui appartient également à ces trois phlegmasies, la phthisie nous offre quelquefois une altération des faisceaux lymphatiques du poumon. Cette altération est le résultat de leur irritation prolongée, et même de celle des capillaires sanguins; par conséquent, elle est produite et entretenue de la même façon que toutes les autres phlegmasies. Nous sommes donc fondés à donner à la phthisie pulmonaire le titre de *pneumonie chronique* (1). Toutefois, ayant égard aux altérations lymphatiques qui compliquent d'ordinaire ces pneumonies, nous établissons, seulement pour coordonner les faits qui sont réunis dans cet ouvrage, deux grandes divisions des inflammations pulmonaires, qui sont : 1°. les inflammations sanguines; 2°. les inflammations lymphatiques, qu'on appelle encore *tuberculeuses*, sans prétendre que toute pneumonie chronique doive nécessairement être accompagnée de tubercules.

---

(1) *Voyez* les discussions qui justifient cette dénomination dans l'*Examen des doctrines*. Les faits que renferment l'*Histoire des Phlegmasies* sont les premiers qui leur ont servi de fondement; mais cette théorie a reçu du développement dans l'ouvrage cité.

ARTICLE PREMIER.

DE L'INFLAMMATION SANGUINE DU POUMON.

Elle se subdivise en *catarrhe*, *péripneumonie*, *pleurésie*. On a coutume de traiter séparément ces trois phlegmasies. Si je n'avais eu que le projet de les examiner dans leur état aigu et de les abandonner, comme il est d'usage, au moment où elles deviennent obscures, soit en se prolongeant, soit en se confondant avec d'autres affections, j'aurais pu me conformer à cet usage; mais comme mon but est de fixer l'attention des praticiens sur toutes les nuances de l'état chronique de ces phlegmasies, et que, dans leurs progrès, le catarrhe et la pneumonie se confondent, j'ai pris le parti de réunir ces deux affections dans le même chapitre, et de traiter séparément la pleurésie, qui en diffère essentiellement.

CHAPITRE PREMIER.

Du Catarrhe et de la Péripneumonie.

La ligne de démarcation entre le catarrhe et la péripneumonie est très-difficile à tracer, parce que tout catarrhe violent devient péripneumonie. Cependant, si j'ose établir une différence, je la tirerai du siége primitivement affecté par l'inflammation. Lorsqu'un homme est saisi d'un frisson

suivi d'une douleur de côté obtuse et profonde, avec dyspnée, toux, expectoration muqueuse et sanguinolente, et qu'il se développe une fièvre violente à pouls large et plein, il n'y a aucun doute (1) que les capillaires rouges qui sont distribués dans le parenchyme, soit pour la nutrition, soit pour l'oxigénation du sang, et le tissu qui unit les différens vaisseaux de ce parenchyme ne soient le siége de l'irritation. Il est donc certain que la péripneumonie est, dès le moment de son début, la phlegmasie de tous les capillaires sanguins de l'organe respiratoire.

Quand, à la suite d'un refroidissement, on sent une légère démangeaison au larynx et dans la poitrine, avec une constriction pénible, qu'il y a en même temps sentiment de plénitude et d'embarras dans la muqueuse des fosses nasales, disposition au larmoiement, point de douleur, à moins d'une secousse de toux; quand en même temps il n'existe aucune émotion dans le pouls, tous les physiologistes conviendront que l'irritation principale existe dans les organes qui servent à la sécrétion de la mucosité.

Si, deux ou trois jours après, et par des circonstances particulières, le pouls s'élève, la chaleur augmente, la circulation se précipite, on

(1) La mort ne permet pas ce doute, puisqu'elle montre un développement, une injection extraordinaires du sang dans tous les tissus qui composent l'organe respiratoire.



peut assurer que l'irritation ne s'est point bornée aux glandes muqueuses, et qu'elle s'est propagée dans toute l'étendue de la membrane, et dans les capillaires du tissu qui sert de moyen d'union aux vésicules aériennes, aux vaisseaux, etc.; alors, il y a péripneumonie consécutive. Celle-ci n'arrive pas toujours à la violence de la péripneumonie primitive, parce que l'irritation inflammatoire affecte de persister dans le système capillaire où elle a commencé; et quand ce système est de nature à ne pas éprouver ce phénomène à un haut degré, rarement l'inflammation devient-elle aussi forte que quand elle a son premier noyau dans des capillaires plus sanguins. Rappelons les faits qui établissent cette vérité.

Certains hommes très-robustes et très-sanguins sont exposés aux catarrhes, et une fois que la maladie a commencé sous cette forme, on voit qu'elle n'arrive que difficilement à l'intensité de la péripneumonie. Dans une autre circonstance, les mêmes individus seront frappés d'une violente péripneumonie, dont la marche n'aura aucun rapport avec leurs catarrhes habituels. Plusieurs malades attaqués de péripneumonie m'ont déclaré qu'ils avaient souvent conservé et exaspéré leurs catarrhes sans jamais éprouver ce qu'ils ressentaient actuellement.

Certaines modifications de l'air atmosphérique affectent spécialement le système glanduleux muqueux : alors le catarrhe ne devient que diffici-

lement péripneumonie; quelques autres développent une péripneumonie qui, bien dessinée dès son principe, n'a rien qui puisse la faire confondre avec le catarrhe.

Lorsque la goutte, le rhumatisme, les règles, une hémorrhagie, un phlegmon, ou toute autre maladie consistant dans l'exaltation du système sanguin, sont répercutés et remplacés par une inflammation de la poitrine, celle-ci commence rarement sous les formes du catarrhe; elle est presque toujours, dès son début, une péripneumonie plus ou moins intense.

L'inspection ne saurait porter autant de jour sur cette question qu'il serait à désirer, car le catarrhe mortel devient presque toujours compliqué de pneumonie pendant les progrès de l'inflammation. Cependant on peut remarquer que l'angine laryngée et la trachéale aiguës peuvent donner la mort sans que le parenchyme soit affecté; mais c'est en interceptant le passage de l'air. Lorsqu'elles passent à la chronicité, la phlegmasie gagne toujours le parenchyme, si quelque autre inflammation ne précipite les jours du malade.

Si le catarrhe, en désorganisant la membrane muqueuse, ne communiquait pas l'irritation aux capillaires du parenchyme, qui ne sont dans l'organe que pour l'oxigénation du sang, et au tissu cellulaire, le poumon ne passerait point à l'induration, et le catarrhe pourrait, jusque dans le cadavre, se

distinguer de la péripneumonie. Quoi qu'il en soit, on ne peut douter que la péripneumonie et le catarrhe ne se développent chacun dans un ordre de capillaires différens ; mais on doit juger aussi qu'indiquer vaguement la muqueuse comme siége du catarrhe, ce n'est pas dire assez. La péripneumonie doit avoir également son siége primitif dans la muqueuse.

En effet, quel est l'usage de cette membrane dans les cellules bronchiques ? De même que sur les branchies des poissons, elle reçoit les subdivisions de l'artère pulmonaire qui viennent offrir le sang à l'action de l'air, et ces vaisseaux s'y trouvent plutôt à l'état capillaire que dans tout autre point du trajet qu'ils parcourent.

Or, c'est toujours dans les capillaires que naît l'inflammation. C'est donc dans la muqueuse même que débute le mouvement inflammatoire de la péripneumonie. Comme le faisceau où il se développe est très-vaste et soumis aux mêmes lois vitales, presque tous les ramuscules de l'artère du côté affecté se prennent en même temps ; et telle est la raison de la prodigieusement subite intensité de l'inflammation péripneumonique.

Dans la catarrhale, les glandes muqueuses s'affectent également à l'imitation les unes des autres ; mais quelle différence ! Elles forment une masse moins considérable ; leurs capillaires sont plus resserrés et beaucoup moins sanguins, puisque plusieurs sont purement destinés aux fluides blancs. Ajou-

tez à cela que les propriétés vitales et le mouvement y sont à un degré bien inférieur, et vous sentirez la raison pour laquelle le catarrhe marche moins vite que la péripneumonie.

La différence de siége de ces deux maladies étant bien établie, nous sommes forcés de reconnaître que trop souvent le catarrhe se termine en péripneumonie, et que la péripneumonie ne rétrograde point vers le catarrhe. La suite de cet ouvrage prouvera que ces inflammations peuvent se compliquer des deux autres; savoir, la pleurésie et la phthisie; mais suivons les premières jusqu'à l'état chronique.

Lorsque la constriction des capillaires artériels est relâchée dans la péripneumonie, leurs extrémités s'ouvrent et versent dans les bronches un fluide gélatinoso-albumineux qui est expectoré sur-le-champ. Une autre portion du même fluide, entraînée par les radicules de la veine et par les absorbans, est reportée dans les artères aortiques, dont les capillaires les expulsent par la sueur et les urines. On remarque aussi que les fluides ont quelque chose de particulier, et sont plus muqueux que d'ordinaire, dans une semblable circonstance. C'est ce que, dans l'urine, les anciens ont appelé *hypostase*. Alors la résolution est faite, et si elle est complète, il ne reste aucun moyen de phlegmasie chronique.

Si l'effort inflammatoire expire dans sa violence, les capillaires de l'artère pulmonaire demeurent

distendus et engorgés par le sang, qui se répand également dans le tissu inter-lobulaire et dans les cellules bronchiques : alors il y a une terminaison par *induration, hépatisation*.

Si elle se fait dans tous, ou dans presque tous les capillaires d'un lobe ou des deux à la fois, la mort est prompte et violente; le malade expire dans un accès de suffocation. C'est ainsi que se terminent les péripneumonies qui deviennent funestes dans l'état aigu.

Mais si l'induration ne s'effectue que partiellement; si, commençant en un ou plusieurs points peu étendus, elle s'étend de proche en proche, la mort arrive avec lenteur, et frappe sa victime au moment où le malade et ceux qui l'entourent la redoutent le moins.

Quels sont les symptômes qui font présumer une semblable terminaison? Y a-t-il quelques moyens de résoudre l'induration? par quels signes peut-on juger qu'il y a de l'espoir? quels sont ceux qui nous donnent la certitude d'une mort inévitable? Voilà les questions que nous allons chercher à éclaircir par les faits.

Pendant que la grande armée traversait l'Allemagne, dans la glorieuse campagne d'Austerlitz, quelques soldats, trop faibles pour soutenir une marche si rapide, étaient frappés du froid, et contractaient une inflammation de poitrine qui les

obligeait de venir chercher du secours dans les hôpitaux. Après leur avoir administré les secours qui me paraissaient les mieux adaptés au degré d'irritation et à la mesure de leurs forces, j'étais surpris de voir que la guérison ne pouvait s'opérer, quoique les malades n'offrissent ni les attributs ni les signes de la phthisie pulmonaire, selon les auteurs. Les uns languissaient sans reprendre de forces, quoiqu'ils fussent tout-à-fait sans fièvre; d'autres, après avoir recouvré une partie de leur embonpoint, beaucoup d'appétit, et avoir donné l'espoir d'une heureuse guérison, retombaient tout-à-coup, et périssaient en deux ou trois jours.

Comme j'avais déjà reconnu quelque chose d'analogue dans la marche des catarrhes compliqués de fièvres intermittentes, j'examinai les organes pulmonaires, et je vis que la ressemblance était aussi exacte après la mort que pendant la vie, par rapport à l'état de l'organe respiratoire. Je fus convaincu qu'il existait une induration chronique pure et simple du poumon, dépendant de l'inflammation, et je cherchai à m'en former une idée claire en recueillant des histoires particulières, et consignant chaque jour les réflexions qu'elles me suggéraient. Je vais rapporter les observations les plus complètes. J'offre d'abord l'induration chronique pure et simple.

Ire OBSERVATION.

Catarrhe pulmonaire violent devenu chronique.

Le nommé Guinet, âgé de vingt-cinq ans, d'une taille haute, poitrine large, squelette régulier et richement développé, muscles médiocres, peu de graisse, teint naturellement pâle, cheveux bruns, sensible, robuste, offrant les attributs de ce qu'on appelle tempérament bilioso-mélancolique, essuya dans l'hôpital de Bruck en Stirie, dont j'étais le médecin, une inflammation grave de la poitrine. Pendant plus de quinze jours il eut une fièvre très-vive, beaucoup de toux, une dyspnée si considérable le soir, qu'il paraissait dans un accès d'asthme violent. La douleur du thorax n'était point fixe, les crachats n'étaient point sanguinolens.

Je le traitai par les saignées, les adoucissans, suivis de pectoraux un peu stimulans, et de plusieurs vésicatoires, dont un fut entretenu en suppuration au bras gauche. Après environ quinze jours de cet état violent qui l'inquiétait beaucoup, les accidens se calmèrent tout-à-coup; il y eut une abondante expectoration, et Guinet sortit vingt et quelques jours après son entrée, vingt-cinq ou vingt-six jours après l'invasion, se disant parfaitement rétabli.

Notre corps d'armée ayant été dirigé sur Trieste,

on établit un hôpital à Laybac, ville capitale de la Carniole, en attendant que l'époque convenue pour l'évacuation de cette province fût arrivée. Je fus chargé de ce nouvel établissement, où je reçus une seconde fois Guinet vers la mi-janvier.

Il était alors au quarante-troisième jour de sa maladie. Il me dit n'avoir point cessé de tousser, sur tout le soir, sans pourtant qu'il eût senti de la fièvre ou perdu l'appétit. Il avait fait toute la route avec son régiment, toujours portant son sac; il avait essuyé, comme tous ses camarades, des alternatives de chaleur et de refroidissement, et quelques mauvaises nuits. Tout cela avait tellement augmenté son rhume, qu'il fut forcé de rentrer à l'hôpital dès son arrivée à Laybach.

J'observai d'abord une fièvre assez vive, et beaucoup de toux avec des secousses très-douloureuses. Le repos et les adoucissans, réunis aux anodins, ramenèrent le calme et éteignirent la chaleur de la peau; mais ce soulagement ne fut pas de longue durée. La fièvre se ralluma, il y eut une expectoration mucoso-purulente très-copieuse; il s'émacia très-rapidement, et entra dans une violente agonie, qui ne l'emporta qu'après cinq jours d'angoisses, vers le cinquante-unième jour à dater de la première invasion.

Autopsie.

Habitude. — Maigreur extrême, les muscles encore assez colorés, secs et résistans. — *Poitrine.* Induration des trois quarts postérieurs des deux lobes, telle qu'on la trouve après la péripneumonie, c'est-à-dire, de la consistance et de la couleur du foie. Aucun foyer purulent, aucun tubercule. Les poumons étaient très-volumineux, et remplissaient exactement les deux cavités. Ils ne tenaient aux côtes que par quelques productions qui semblaient anciennes; du reste, les plèvres avaient toute leur ténuité et leur transparence. Rien autre chose de remarquable dans tout le cadavre, dont les trois cavités furent ouvertes.

On ne peut ici méconnaître un violent catarrhe qui, à force d'être exaspéré, a dégénéré en péripneumonie, et s'est terminé par induration; mais l'induration n'est devenue mortelle qu'au cinquante-unième jour. Il y a eu trois exaspérations fébriles, et deux intervalles de calme bornés à une petite toux avec pâleur, et défaut du retour complet des forces. La mort a été violente, parce que l'induration faisait de rapides progrès. On verra constamment une angoisse inexprimable chez les malades dont les poumons deviendront en peu de temps imperméables à l'air, sans que

la quantité des fluides et le besoin de respirer diminuent avec une égale rapidité.

IIe OBSERVATION.

Pleuro-péripneumonie chronique.

Cario, homme dans la force de l'âge, brun, charnu, robuste, poitrine très-large, corps velu, entra le 2 avril à l'hôpital d'Udine, se disant malade depuis cinq jours; il offrait les symptômes d'une violente péripneumonie : dyspnée, toux, expectoration de mucus très-sanguinolent, douleur dans toute la poitrine, mais surtout vers les dernières côtes asternales droites. Le pouls dur et fréquent.

Il fut saigné deux fois avec un soulagement très-remarquable; les adoucissans furent employés, ainsi que les vésicatoires sur le lieu douloureux. En cinq à six jours la fièvre céda; il parut se faire une expectoration résolutive, et l'appétit se prononça avec force.

Observant qu'il restait un peu de toux le soir, ce dont Cario voulait à peine convenir, je ménageai la quantité des alimens pendant sept à huit jours; mais, vaincu par les cris du malade, j'en accordai, et je l'amenai, en trois ou quatre jours, aux trois quarts le matin : aussitôt rechute tellement violente, que la maladie avait l'intensité de son début. — Diète absolue. Le lendemain,

retour du calme. Il resta quinze jours dans l'état suivant :

Teint pâle avec une nuance de jaune, couleur de paille, face un peu bouffie ; l'embonpoint se soutient; chaleur naturelle de la peau, pouls petit, plutôt lent que fréquent, un peu serré et un peu élevé le soir, avec rougeur des pommettes et toux nocturne; il ne se plaignait que de ne pas reprendre des forces. — Pendant ce laps de temps, je voulus plusieurs fois élever un peu la quantité des alimens ; mais, remarquant que l'exaspération du soir en devenait plus prononcée, je le tins à un régime farineux très-léger, aux looks un peu kermétisés et éthérés; je fis suppurer un vésicatoire au bras droit, et j'attendis, avec peu d'espoir, le résultat.

Le 2 mai, retour brusque des premiers symptômes; le point de côté était si violent vis-à-vis le bord tranchant du grand lobe du foie, que je crus ce viscère inflammé. La toux était pressante, l'expectoration muqueuse et très-chargée de sang.

Je fis appliquer sur le lieu douloureux des topiques émolliens et anodins, qui ne procurèrent aucun relâche; l'anxiété était affreuse; ce malheureux s'agitait sans cesse, et poussait des gémissemens déchirans. Dès la nuit il entra en agonie, et mourut le 3 mai, à-peu-près vingt-quatre heures après l'exaspération, vers le trente-cinq ou trente-sixième jour de la première invasion.

Autopsie.

Nous avons trouvé tout le désordre borné à la poitrine (1) : les deux lobes étaient dans l'induration, presque dans toute leur étendue, à tel point qu'on avait lieu d'être surpris que Cario eût pu conserver si long-temps l'exercice de toutes ses fonctions. — Le lobe droit ne remplissait pas sa cavité; il s'était retiré en haut et en dedans, et laissait en bas un espace triangulaire borné par le diaphragme, les côtes et sa propre face externe, car il s'était fortement collé au médiastin. Cet espace était rempli d'une sérosité jaunâtre un peu floconneuse. La plèvre qui circonscrivait ce fluide était rouge, épaissie et couverte d'une exsudation jaunâtre, friable, et sans organisation. Dans tout le reste de la circonférence, où les deux lobes avaient quelques adhérences, j'observai que ces adhérences étaient rougeâtres, celluleuses et organisées, ne ressemblant plus à la fausse membrane du foyer séro-purulent. J'ai fait plusieurs fois cette remarque, dont je me propose de tirer quelques inductions.

Cette maladie ne diffère de l'autre que par une durée un peu moindre, et par la complication de

(1) Je suis persuadé aujourd'hui que les voies gastriques y participaient.

la phlogose pleurétique. Les symptômes ont été, dans les deux cas, très-violens dans le début et aux approches de la mort; la douleur de côté correspondait manifestement à la pleurésie; la vivacité de l'invasion indique que, dès son principe l'inflammation du parenchyme s'est comportée comme péripneumonique. — Dans d'autres circonstances, elle reste fort long-temps bornée aux glandes muqueuses, ou du moins très-circonscrite dans la membrane bronchique, avant d'envahir tous les rameaux capillaires de l'arbre pulmonaire. C'est ce que nous pouvons démontrer par plusieurs exemples.

IIIe OBSERVATION.

Catarrhe chronique changé en péripneumonie chronique.

Charbois, brun, assez large et assez musculeux, visage coloré, prédominance du système sanguin, entra à l'hôpital d'Udine le 4 avril 1806, avec les symptômes d'un catarrhe chronique, en quelque sorte asthmatique (1); il disait être tourmenté depuis quatre-vingt-onze jours d'un rhume qu'il avait cru plusieurs fois guéri, et qui, pendant long-temps, ne l'avait pas empêché de faire son service; ce qui prouve que, durant ce long

(1) C'est-à-dire avec constriction spasmodique des bronches.

espace de temps, Charbois n'avait point eu les symptômes violens de la péripneumonie. Son état d'embonpoint et son coloris attestaient assez qu'il n'était point consumé par l'hectique ordinaire à la phthisie pulmonaire. Voici l'état où je le trouvai :

Dyspnée, respiration *sibilante*, pénible, spasmodique, surtout le soir : alors il était obligé de se tenir assis ; toux et expectoration muqueuse, épaisse, abondante ; pouls fréquent, un peu large, mais mou et faible ; chaleur modérée, s'élevant le soir ; physionomie exprimant la fatigue et l'accablement, teint d'un rouge un peu livide.

Rien ne put le soulager : la flaccidité générale ne me permit pas de tenter aucune effusion sanguine ; les vésicatoires ne procurèrent pas un seul moment de calme. Charbois expira dans une longue et pénible agonie, après avoir passé sept jours à l'hôpital.

Autopsie.

Habitude. Cadavre conservant des muscles fermes, bien colorés, et encore quelque graisse dans le tissu adipeux. — Le désordre intérieur se bornait à une induration de toute l'étendue du lobe droit ; le gauche était en très-bon état. Il est à remarquer que ce malade a toujours préféré de se coucher sur le côté malade, et qu'il est mort en cette position (1).

(1) Je suis fâché de n'avoir pas constaté l'état du cœur : il devait y avoir hypertrophie.

Jamais Charbois n'a accusé de point douloureux fixe; il ne rapportait ses souffrances qu'à la région sternale. Sa maladie avait commencé avec lenteur sous la forme d'un rhume ordinaire; elle finit avec une énergie bien moindre que celle observée chez Cario et chez Guinet; c'est qu'il avait moins d'activité et de force que ces deux malades (1). Nous allons voir maintenant un malheureux succomber à la même maladie dans le calme le plus absolu du système sanguin.

IVe OBSERVATION.

Catarrhe chronique avec squirrhosité des glandes bronchiques.

Le nommé Fa, âgé de plus de trente-six ans, entra, le 20 brumaire de l'an 13, à l'hôpital n°. 3 de Bruges, et fut placé dans mon service; il se disait malade depuis dix-neuf jours, et ne se plaignait que d'un rhume qui était toujours allé croissant pour l'embarras de la respiration. Fa pouvait à peine parler; il articulait avec beaucoup d'effort quelques mots à voix basse (2); ses yeux

(1) Peut-être que l'obstacle à la circulation y contribuait aussi.

(2) Ce sont les signes de la maladie des bronches, qui sont enduites de mucosité, ulcérées, etc. C'est la phthisie trachéo-bronchique.

étaient éteints et languissans; sa face était pâle et décharnée, sa bouche nette, mais décolorée, aucun mauvais goût, appétit nul; sa poitrine se dilatait rarement, avec beaucoup d'effort, et avec une espèce de râle; il toussait peu, et expectorait quelques crachats purement muqueux. Le pouls était lent, petit, fugace; la peau froide, décolorée, le tissu cellulaire affaissé; mais les muscles conservaient encore un certain volume. Cet homme était d'une structure régulière, et paraissait avoir été robuste.

Il vécut encore quatorze jours à l'hôpital sans presque prendre aucun aliment, et s'affaiblissant de plus en plus. Sur la fin, il ne parlait qu'avec une peine infinie, et voyait approcher la mort avec une espèce de plaisir.

Je cherchai inutilement à le stimuler par plusieurs vésicatoires rubéfians, appliqués sur la circonférence du thorax, et par du vin et des cordiaux (1). Les médicamens les plus héroïques étaient sans action. Le 4 frimaire au soir, le râle commença, le malade conservant encore pleine connaissance; il expira le 5 à quatre heures du matin, après une agonie assez laborieuse. — Le pouls et la chaleur ne s'élevèrent ni par l'emploi des cordiaux, ni dans les angoisses qui précédèrent le dernier moment.

---

(1) Voilà des fautes que je ne commettrais pas aujourd'hui; je stimulerais par l'extérieur seulement.

Autopsie.

Habitude. Tout était sec ; les muscles, un peu décolorés, conservaient quelque volume et de la fermeté. La tête n'offrait rien à noter. La poitrine contenait un peu de sérosité, et l'on voyait quelques flocons albumineux sur la plèvre pulmonaire, d'ailleurs nullement épaissie ou injectée. Il y avait peu d'adhérences; les deux parenchymes étaient volumineux, et tellement endurcis dans leur moitié postérieure, qu'ils ne le cédaient point au foie en fermeté.

On ne voyait ni tubercules ni foyer purulent dans la substance du poumon ; mais les glandes qui entourent la subdivision des bronches étaient épaissies, squirrheuses et totalement désorganisées ; et la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de cette bifurcation était rouge, épaissie, et enduite, en plusieurs endroits, d'une exsudation blanchâtre, analogue à celle du croup. Cette disposition commençait dans chaque bronche, à deux pouces à-peu-près au-dessous de la division de la trachée, et se perdait dans chaque parenchyme en se confondant enfin avec l'induration. Les glandes malades étaient comme accolées et adhérentes avec les rameaux bronchiques, dont la portion cartilagineuse et membraneuse était aussi un peu endommagée.

Le cœur était rempli de concrétions très-con-

sistantes, moulées sur ses colonnes charnues. Celles du ventricule droit avaient le volume d'un petit œuf de poule, et paraissaient formées de cellules transparentes, semblables aux mailles du tissu cellulaire, et remplies d'une liqueur limpide, un peu gélatineuse, que l'on faisait sortir entièrement si l'on exprimait ce caillot entre les doigts. Dans le bas-ventre, je n'ai aperçu d'autre changement qu'une augmentation de volume du foie, qui paraissait dans un commencement d'état gras (1).

Quand on sait que le catarrhe est primitivement une inflammation des glandes muqueuses, on n'a pas de peine à reconnaître ici la marche d'un rhume changé en péripneumonie. Cette toux obscure du commencement dépendait de l'inflammation de la tunique muqueuse des bronches. L'irritation est passée ensuite au parenchyme, c'est-à-dire, que, bornée d'abord aux cryptes, elle s'est propagée dans toute la membrane; en passant aux capillaires des vaisseaux pulmonaires. Son premier siége a conservé des traces qu'on ne rencontre pas toujours, mais qui en sont d'autant plus précieuses pour l'observateur avide de rapprochemens.

---

(1) Il y avait sans doute gastro-duodénite chronique chez ce malade; mais je n'y songeais pas.

En relisant mes notes, je trouve que le catarrhe a toujours été amené à la terminaison par induration, par un concours de circonstances débilitantes (1). Les quatre sujets dont je viens de rapporter l'histoire avaient tous eu des rechutes dans le moment de la convalescence. Ces rechutes étaient fort communes dans la campagne de la grande armée; les soldats, empressés de rejoindre leurs corps, qui s'éloignaient toujours, sollicitaient leur sortie aussitôt qu'ils se sentaient reprendre quelque force, et souvent il leur arrivait de rentrer le lendemain, après avoir fait quelques lieues au milieu de la neige, et chargés de leur sac; d'autres, craignant la fièvre d'hôpital, témoignaient le même désir, et l'encombrement qui résultait quelquefois tout-à-coup du passage d'un corps d'armée, engageait les médecins à permettre la sortie des malades avant le rétablissement complet. Ainsi l'exposition au froid et la nécessité de porter un fardeau renouvelaient une foule de catarrhes qui auraient guéri sans retour, dès le premier traitement, dans un hôpital de garnison, et ces rechutes aboutissaient à une induration funeste.

Il arrivait aussi, dans les hôpitaux même, des rechutes dont la cause était due au défaut de ca-

(1) Ces causes sont aussi fort irritantes, et c'est cette irritation qui produit la débilité, et qui doit fournir les indications.

potes; les malades, allant à moitié nus satisfaire leurs besoins, étaient frappés de l'air froid des fenêtres et des corridors; la toux recommençait et la maladie ne se terminait jamais. J'en ai vu retomber, de cette manière, un grand nombre, dont les uns ont succombé entre mes mains, et les autres sont allés périr dans d'autres hôpitaux.

Les évacuations ou transports des malades sont encore une des causes de la rechute et du prolongement des catarrhes. Le deuxième corps de la grande armée, auquel j'étais attaché, et qui occupait alors la Stirie, ayant fait un mouvement pour se replier de Gratz sur Vienne, on dirigea les malades sur Newstadt. Deux jours après, la nouvelle de la bataille d'Austerlitz permit de reprendre les anciennes positions, et nos deux hôpitaux furent rétablis, l'un à Gratz et l'autre à Bruck.

Les malades qui avaient couché dans les montagnes, exposés aux vents et à la neige, eurent beaucoup de peine à se rétablir. Il est pourtant à remarquer que plusieurs fièvres adynamiques et ataxiques n'en souffrirent pas (1) : mais les catarrhes, soit simples, soit compliqués, revinrent tous avec un nouveau degré d'intensité; il en périt plusieurs à l'hôpital de Bruck, dont j'avais le ser-

(1) Cela se conçoit, car le froid est le remède des gastro-entérites sans phlegmasie pulmonaire.

vice. Je n'ai pu recueillir l'histoire exacte de tous ces catarrhes; mais ayant fait l'ouverture des corps, je me suis convaincu que tous ceux qui avaient toussé pendant un mois et demi ou deux mois, qui avaient eu plusieurs alternatives de fièvre et d'apyrexie, et qui périssaient brusquement après un léger œdême, avaient les poumons dans cet état d'induration que l'on appelle *carnification*, ou, par comparaison avec le foie, *hépatisation*.

L'évacuation des hôpitaux de Gratz et de Bruck sur Laybach, capitale de la Carniole, se fit encore dans la mauvaise saison, et coûta la vie à plusieurs militaires attaqués de catarrhe, dont la guérison était probable. J'ai ouvert, à l'hôpital de Laybach, plusieurs sujets dont le catarrhe datait de deux ou trois mois auparavant. La plupart me disaient avoir récidivé deux et trois jours après avoir rejoint leurs corps. Là, j'ai commencé à observer que le catarrhe pouvait se prolonger jusqu'à quatre mois : c'est la plus longue durée que j'aie rencontrée; ceux qui ont souffert plus long-temps étaient de vrais phthisiques (1).

Toutes les causes que je viens d'assigner aux rechutes et à la terminaison par induration du catarrhe pulmonaire, se rapportent à l'impression du froid avant que l'organe eût repris assez de

(1) On reconnaît ici l'ontologie dont j'étais alors imbu.

forces pour ne plus se laisser accabler (1). Il est une autre canse qui m'a paru plus commune encore : c'est la complication d'une maladie aiguë étrangère au catarrhe. Parmi les catarrhes chroniques devenus mortels par induration, dont j'ai recueilli l'histoire, il s'en trouve beaucoup plus de compliqués que de simples. Presque tous ceux qui avaient un rhume de deux ou trois mois avaient essuyé une fièvre adynamique (2). La toux n'avait pas toujours commencé avec la fièvre; souvent elle était survenue parce que le malade en délire se découvrait, ou faisait des tentatives pour s'échapper; quelquefois on ne la voyait paraître que dans la convalescence, et, comme nous l'avons dit, elle était fréquemment provoquée par la nécessité d'aller à des commodités éloignées.

Quoi qu'il en fût de la cause, j'ai souvent vu succomber ces sortes de malades deux et trois mois après la fièvre bien terminée; il paraît que, dans cette circonstance, l'induration était amenée par la faiblesse des capillaires enflammés (3).

C'est à la double atteinte portée aux puissances

---

(1) C'est-à-dire eût perdu sa susceptibilité et son habitude inflammatoires.

(2) Entendez une gastro-entérite aiguë.

(3) Elle dépendait de la persévérance des causes qui entretenaient toujours l'inflammation. Le mot *faiblesse* ne peut être ici que synonyme du mot *irritabilité vicieuse*.

vitales par la fièvre adynamique, ataxique, ou *typhus*, et par le catarrhe (1), qu'est due la très-grande majorité des morts qui ont eu lieu dans les hôpitaux du second corps, depuis le mois de vendémiaire de l'an 14 jusqu'au mois de mars 1806. Tel est le résultat de ma pratique dans les hôpitaux de Bruck et de Laybach. Je comprends dans cette énumération les hommes qui ont succombé avec l'inflammation de poitrine, dans l'état aigu du typhus, en avertissant néanmoins que ce nombre ne fut pas le plus grand; car il est constant que nous avons perdu bien plus de monde par les maladies chroniques que par les fièvres aiguës.

Voici quelques histoires de catarrhes chroniques compliqués de fièvre de mauvais caractère (2). Comme les fièvres étaient bien moins longues que le catarrhe, je les rencontrais à plusieurs époques de la durée de ce dernier.

Le plus souvent la fièvre avait l'initiative; alors elle laissait le poumon dans un état peu favorable à la résolution, qui, cependant, a été obtenue quelquefois; d'autres fois elle attaquait

---

(1) C'est-à-dire à la renaissance perpétuelle de ces phlegmasies sous l'influence des causes d'irritation.

(2) Ces fièvres ne peuvent être autre chose que des gastro-entérites plus ou moins compliquées de céphalites. Ce sont les mêmes que l'on désigne par les mots *fièvres adynamiques*, *putrides*, *ataxiques*, etc.

des hommes entrés avec un catarrhe récent : ses effets étaient encore les mêmes; mais quand elle s'emparait d'un malheureux déjà épuisé par une ancienne toux, la mort était presque inévitable. Je commence par un exemple des plus frappans de cette funeste complication.

Ve OBSERVATION.

Catarrhe chronique terminé par une fièvre adynamique.

Melkum, jeune hollandais, blond, assez pourvu d'embonpoint, charnu, et bien développé de la poitrine, teint coloré, sensibilité modérée, avait contracté de la toux en route, il y avait déjà plus d'un mois et demi, et venait de supporter l'évacuation avec mouvement rétrograde dont j'ai parlé, lorsque je le rencontrai dans l'hôpital militaire de Bruck en Stirie.

Il était sans fièvre; son pouls, plutôt lâche que tendu, n'avait même aucune fréquence; la chaleur de la peau n'était point altérée; il ne se plaignait que d'une toux qui le fatiguait, surtout la nuit. Il était gai, et avait bon appétit; son teint était couleur de paille.

Je le tins à l'usage des pectoraux un peu animés par la combinaison des eaux aromatiques, et de quelques gouttes de teinture d'opium le soir. Au bout de sept à huit jours, il me parut en voie de guérison.

L'encombrement nous obligeait de coucher les malades deux à deux ; celui qui partageait son lit fut tout-à-coup saisi d'une petite-vérole confluente qui, en peu de jours, exhala une odeur gangréneuse. Aussitôt que j'eus un lit disponible, j'écartai Melkum de ce dangereux voisin : il était trop tard ; déjà la bouche se séchait, la peau était brûlante, les forces musculaires défaillaient, et le voile de la stupeur s'étendait sur ses traits. Le septième jour, le râle survint, et Melkum expira vers le soir, ayant conservé presque jusqu'au dernier moment sa présence d'esprit, et sentant approcher la mort : il semblait que la réaction des derniers momens lui eût rendu cette activité de sentiment que la fièvre adynamique lui avait d'abord enlevée (1).

Autopsie.

Habitude. Le cadavre était d'un blanc jaune et peu sanguin, mais point amaigri ; les muscles étaient un peu décolorés et comme lavés, le tissu cellulaire un peu développé par une sérosité gélatineuse. *Poitrine.* Des deux côtés, la plèvre pulmonaire adhérait à la costale par des productions membraneuses et cellulaires, entre lesquelles restait beaucoup d'espace rempli par une abondante sérosité. Mais les deux cavités différaient beaucoup :

(1) Ainsi la gastro-entérite de la variole en développa une sans variole, par voie de contagion. Ce fait est précieux.

dans la droite, brides membraneuses très-solides, resserrées, résistantes; le parenchyme endurci dans toute sa circonférence, mais seulement à un demi-pouce de profondeur. La plèvre du lieu où le parenchyme avait le plus souffert, à la partie postérieure et inférieure, présentait quelques adhérences récentes, encore sous la forme d'exsudation; la sérosité était citrine. Dans la cavité gauche, les productions qui formaient les adhérences étaient molles, d'un blanc jaunâtre, à cellules boursoufflées en certains lieux, et en beaucoup d'autres purement albumineuses et inorganiques. Le parenchyme était carnifié dans presque toute son étendue, la sérosité était épaisse et lactiforme. Les autres cavités ne présentaient aucun désordre remarquable (1).

On trouve ici, comme dans l'histoire de Cario, une complication de pleurésie; et les divers degrés d'organisation des productions qui formaient les adhérences démontrent la tendance de la partie albuminoso-gélatineuse du sang à prendre la forme et les propriétés de la fibre vivante.

---

(1) Il est bien évident qu'ayant l'attention fixée sur le poumon, j'ai négligé l'examen des voies gastriques.

VIe OBSERVATION.

Catarrhe chronique terminé par une fièvre adynamique.

Janoté, jeune homme de vingt-quatre ans, brun, formes grêles, délicat, était à l'hôpital d'Udine pour un catarrhe qu'il avait contracté pendant la campagne d'Allemagne; il en faisait remonter le principe à plus de deux mois. Plusieurs fois il était entré aux hôpitaux. Alors l'affection de poitrine paraissait se dissiper; il ne conservait qu'un peu de toux et très-peu de dyspnée; mais à peine sorti et rendu aux fatigues du service militaire, la toux s'exaspérait, la respiration devenait pénible, et un mouvement fébrile se développait. C'est dans cet état que je le reçus à l'hôpital d'Udine, dans le mois de mars 1806, époque où la fièvre-continue, putride, maligne, résultat des fatigues de la campagne, régnait encore.

Deux ou trois jours après son entrée, la fièvre symptomatique avait cessé, et le malade était retombé dans son état chronique habituel, c'est-à-dire qu'il avait le teint couleur de paille, la bouche nette, un excellent appétit, de l'oppression de poitrine avec beaucoup de toux la nuit, une expectoration muqueuse claire, des nuits plus fatigantes quand on voulait augmenter les alimens du soir, une légère rougeur des pommettes, et une

certaine roideur du pouls sans fréquence pendant l'exaspération nocturne de la toux. Il ne reprenait point ses forces ; sa face semblait tendre à la bouffissure ; ses jambes s'enflaient un peu le soir, et, depuis quelques jours, une légère diffusion séreuse, survenue dans tout le tissu sous-cutané, avait arrondi ses formes. Ses muscles étaient déjà bien diminués ; mais il était loin du marasme prononcé.

Telle était sa position, que je m'efforçai d'améliorer par une combinaison de médicamens mucilagineux et légèrement aromatiques, et par l'usage de l'oxymel scillitique et des pilules d'opium et d'ipécacuanha, prises le soir, et auxquelles il avait dû quelques bonnes nuits : telle était, dis-je, sa position, lorsque, le 13 mars, il fut saisi d'un frisson qui dura presque toute la journée. Le soir, la chaleur s'éleva ; le deuxième jour, la bouche s'encroûta, la stupeur se répandit sur la physionomie, les forces musculaires tombèrent. Je jugeai qu'il avait reçu l'impression délétère du miasme du typhus des hôpitaux (1), et je m'attendis à une terminaison fâcheuse. Elle arriva le septième jour avec le plus grand calme ; l'effort fébrile avait épuisé le reste des forces, et enlevé ce qu'il y avait d'épanché dans les tissus adipeux :

---

(1) L'oxymel scillitique que je lui donnais comme expectorant, sur la foi des auteurs, a peut-être contribué au développement de la gastro-entérite.

de sorte que Janoté s'éteignit dans un état complet de marasme, froid, presque sans pouls et sans agonie.

Autopsie.

Habitude. Cadavre exténué et sans aucune infiltration. — *Tête.* Beaucoup de sérosité limpide épanchée sur l'arachnoïde, tant à la circonférence que dans les ventricules cérébraux; substance médullaire blanche et assez ferme. *Poitrine.* Quelques adhérences légères dans des points isolés, et très-peu d'une exsudation gélatineuse, molle et sans organisation. Le lobe droit sain; le lobe gauche totalement endurci; un peu de sérosité citrine dans le péricarde. *Abdomen.* Aucune lésion (1).

On n'est point étonné qu'une fièvre adynamique ne puisse se terminer heureusement chez un sujet débilité par une autre maladie (2); mais, ce qui est digne d'attention, c'est l'absorption de toute la sérosité épanchée que détermina la réaction provoquée par le miasme contagieux : ainsi, un stimulus inaccoutumé peut développer tout-à-coup des forces qui n'étaient que *in potentiâ.* Dans bien des cas, l'art pourrait, en imitant la nature,

(1) Même observation que pour le cas précédent.

(2) Voilà de l'ontologie (*Voy.* l'*Examen des doctrines médicales*, etc.)

opérer des guérisons étonnantes; mais il ne faut pas que, comme dans celui-ci, l'excitement soit de nature à épuiser, dans un court espace, une somme de forces qui promettait une plus longue existence.

Voici un autre catarrhe chronique terminé par une fièvre, que j'offre ici comme un exemple frappant de la différence qui existe entre la disposition constitutionnelle au catarrhe, et la tendance innée à la phthisie pulmonaire. Il concourra, avec bien d'autres faits déjà connus, et qui ne demandent qu'à être rapprochés, à démontrer qu'il ne suffit pas de souffrir long-temps de la poitrine, et d'avoir été sujet à la toux, pour être inscrit sur la liste des phthisiques.

VII[e] OBSERVATION.

Catarrhe chronique terminé par une fièvre adynamique.

Thiberge, soldat au 35[e] régiment d'infanterie de ligne, âgé d'environ vingt-quatre ans, irritable, châtain, formes dégagées, mais musculeux, et ayant la poitrine assez bien développée, entra à l'hôpital de Bruck avant le mouvement qui fit partir et revenir tous les malades. Il était alors affecté d'un furoncle au pied, qui dégénéra en ulcère assez petit, mais très-rebelle. Thiberge avait dès-lors un peu de toux, mais beaucoup

moins qu'il n'en avait eu avant que l'armée partît de la Hollande; car cet homme avait fait, depuis environ un an, plusieurs séjours à l'hôpital d'Utrecht pour des catarrhes violens. Il lui était resté une poitrine faible (1) et très-sensible à l'impression de l'air froid. J'ai su qu'il se plaignait habituellement de la poitrine, par M. Bernard, chirurgien de son régiment; mais ne l'ayant pas observé moi-même ni à Utrecht, ni dans les salles de blessés de l'hôpital de Bruck, je ne puis faire la description de sa physionomie habituelle, ni donner l'état précis de son pouls.

Après avoir partagé les fatigues de la retraite à travers les montagnes, il en revint avec une toux très-forte accompagnée de chaleur et de fièvre, et déjà décoloré et très-maigre. — Les pectoraux calmèrent assez vite cette réaction; mais la toux, la dyspnée et le défaut de progrès des forces ne me rassuraient point.

Après dix à douze jours de cet état ambigu, la bouche se sécha, la langue s'encroûta, la peau devint brûlante, la force musculaire parut totalement abattue; il y eut de la stupeur et un délire obscur; le pouls était petit, tremblant et vite.

Je reconnus l'impression funeste du miasme d'hôpital, qui avait alors une très-grande activité. Je m'empressai d'employer le vin, les potions cam-

(1) Entendez *irritable*.

phrées, l'extrait de quinquina et les vésicatoires (1). Les forces parurent être un peu réveillées; mais du septième au huitième jour elles tombèrent. La fièvre cessa; la toux devint fatigante, et les crachats parurent mucoso-sanguinolens (la diarrhée avait commencé avec la fièvre). Le huitième, il pouvait à peine parler, il avait les pommettes rouges et un commencement de râle; il expira dans la nuit du huit au neuvième, après une assez courte agonie.

Autopsie.

Habitude. Cadavre très-maigre; mais les muscles encore un peu dessinés, colorés, serrés et résistans. *Tête.* Sérosité dans l'arachnoïde. *Poitrine.* La plèvre n'offrait à droite que quelques traces légères d'exsudation. La partie postérieure de ce lobe était engorgée et désorganisée; on pouvait juger qu'il y avait extravasation, et que les tissus étaient brisés; mais l'induration était molle et pâteuse. — Le lobe gauche offrait beaucoup d'adhérences fort intimes, dans les intervalles desquelles on trouvait de l'exsudation gélatino-albumineuse, et de la sérosité lactescente. Toute la moitié postérieure aussi solide que le foie. Point de tubercules. Sérosité dans le péricarde. *Abdomen.* La cavité du péritoine sèche. Cette membrane

(1) On voit à quel point j'étais alors esclave du brownisme.

et tous les autres tissus de la même cavité dans l'état naturel (1).

Le propre du catarrhe chronique est de détruire peu à peu la force assimilatrice et celle d'absorption, sans tenir le système sanguin dans un état continuel d'excitation, et sans élever la chaleur naturelle. Il paraît donc que Thiberge n'était pas rendu à la dernière période, puisque la diffusion séreuse n'avait pas encore épanoui le tissu cellulaire. C'est pour cela qu'on a trouvé les muscles encore colorés, et leurs faisceaux rapprochés. La carnification, très-peu avancée avant la fièvre, a été achevée par elle, et le malade a succombé peut-être un mois plus tôt qu'il n'eût fait dans un lieu ou dans un temps qui ne l'eût point exposé à la contagion.

J'ai rencontré bien des fois la complication de la fièvre adynamique avec le catarrhe. Le plus souvent les deux maladies débutaient en même temps : alors on avait au moins l'espoir de guérir la fièvre ; mais quand le catarrhe a duré long-temps chez un homme qui n'a point encore été contagié, et qu'un tel homme se présente dans un hôpital où règne le typhus, il est très-exposé à le contracter, et s'il en est frappé, sa perte est iné-

(1) Aujourd'hui je suis bien convaincu que la muqueuse aurait offert des traces d'inflammation si elle eût été scrupuleusement explorée.

vitable, comme on vient d'en voir des exemples. Il s'en est offert encore bien d'autres ; mais, n'ayant pas assez de détails, je me contenterai de les énoncer d'une manière générale.

J'ai vu mourir, soit à Bruck, en frimaire, nivose et partie de janvier ; soit à Laybach, en janvier et février ; soit à Udine, en mars 1806, plus de trente hommes attaqués de la toux sans fièvre, depuis un, deux et trois mois, qui ont succombé avec les symptômes du typhus ; et afin que cette quantité n'étonne pas, j'avertis que j'ouvrais les cadavres des malades de mes confrères quand il s'en trouvait un qui partageait avec moi le service d'un hôpital, et que je prenais des informations du médecin. De cette manière j'ai dû plusieurs observations intéressantes à la complaisance de MM. Corafa et Guinet, qui ont fait conjointement avec moi le service des hôpitaux de Laybach et d'Udine.

Il était également fort ordinaire de voir un catarrhe, survenu avec ou pendant la durée de la fièvre continue, persister après la guérison de cette dernière, et se terminer lentement par une induration mortelle. En vain me félicitais-je d'avoir arraché une victime à la mort ; à peine le malade avait-il repris un peu de forces et d'embonpoint, que je m'apercevais qu'il avait une légère tendance à la bouffissure. Ordinairement ces sortes de sujets s'occupaient peu de leur toux, qu'ils regardaient comme une circonstance parti-

vier, quand j'en pris le service ; il était arrivé la veille. Il me dit qu'il s'était assez bien trouvé du voyage, et qu'il n'avait plus qu'un peu de toux. En effet, je vis qu'il avait repris presque son degré ordinaire d'embonpoint, et qu'il se promenait une grande partie de la journée dans les cours et les corridors de l'hôpital. Il avait un excellent appétit ; son teint était d'un jaune brun ; sa physionomie me parut un peu arrondie par un léger œdème sensible, particulièrement aux paupières ; il semblait toujours faire un certain effort pour dilater sa poitrine ; il toussait souvent, et expectorait toujours avec abondance des crachats semblables à ceux que j'avais observés à Bruck. Le pouls et la chaleur n'avaient rien de morbide pendant le jour ; le soir, le pouls s'accélérait, et la face était rouge et très-bouffie ; les nuits étaient pénibles ; enfin, il expira le 25 janvier, dans une forte agonie, avec une respiration bouillonnante. Je lui connaissais cinquante jours de maladie ; mais je suis certain que la toux avait précédé de quelque temps la fièvre adynamique.

Autopsie.

Habitude. — Le cadavre était dans un demi-marasme ; ce qui prouve que le prétendu embonpoint qu'il avait recouvré n'était qu'une infiltration lymphatique qui s'était trouvée absorbée aux approches de la mort. Cependant la face

était bouffie et livide, ainsi que le cou. *Tête.* Rien de remarquable, qu'un peu d'épanchement séreux (1). *Poitrine.* La cavité très-remplie par le poumon. Le lobe droit fort engorgé, offrant ses capillaires si développés qu'il semblait variqueux, rendant beaucoup de sang mêlé d'écume et de mucus blanc et épais lorsqu'on le coupait ou qu'on le déchirait; il était encore obscurément crépitant. — Le lobe gauche adhérent dans toute son étendue par des productions déjà un peu organisées, mais cependant faciles à déchirer; le parenchyme engorgé, mais encore perméable dans sa partie antérieure, endurci et visiblement désorganisé dans ses trois quarts postérieurs; mais cette induration n'avait pas la dureté hépatique; le cœur un peu anévrysmatique, sans concrétion dans ses ventricules.

Abdomen. Les côtes asternales saillantes et repoussées en dehors par le volume considérable du foie et de la rate, qui étaient très-sanguins et fort durs; les intestins météorisés. Tous les capillaires de l'abdomen étaient injectés, et donnaient aux viscères un aspect un peu livide; il n'y avait pourtant point d'inflammation prononcée dans cette cavité (2).

---

(1) Cet épanchement devait correspondre à un certain degré d'arachnitis, compagne de l'irritation gastrique.

(2) Que me fallait-il donc pour caractériser l'existence d'une phlegmasie?..... Mais, à cette époque, je n'avais pas

L'histoire de Payo devient remarquable par la prédisposition du sujet à l'anévrysme du cœur. C'est à cela qu'on peut attribuer l'abondance des crachats, et l'engorgement de tout le système veineux abdominal.

Nous rappellerons ce fait ailleurs. Je me contenterai de faire observer ici que l'état d'engorgement et de varice du système sanguin pulmonaire doit être scrupuleusement distingué de l'induration, qui ne peut jamais résulter que d'une inflammation. Or, on voit l'une et l'autre disposition dans le cadavre de Payo. Le lobe droit est engorgé comme le foie et la rate, tandis que le lobe gauche conserve les traces d'une inflammation des capillaires sanguins pulmonaires, terminée par induration.

Je ne saurais m'empêcher d'ajouter encore que la disposition du sang à séjourner dans les capillaires, disposition inséparable de l'anévrysme, fait prendre à ces vaisseaux, au bout d'un certain temps, l'aptitude aux inflammations énergiques, et par conséquent aux indurations solides.

---

encore découvert la gastrite chronique que je reconnus plus tard à Udine.

IXe OBSERVATION.

Catarrhe chronique, suite de la fièvre continue.

Joniot, âgé d'environ vingt-deux ans, brun, de taille et d'embonpoint médiocres, mais régulier et assez bien développé de la poitrine, fut traité par moi, à Laybach, d'une fièvre continue pétéchiale assez modérée. Il fut évacué dans sa convalescence. Je le reçus de nouveau le 20 mars à l'hôpital d'Udine : il venait, par évacuation, de Palma-Nuova.

Il me dit qu'il n'avait point cessé de tousser, sans que pour cela il se fût dispensé de faire son service pendant à-peu-près vingt jours à son corps. Ensuite le retour de la toux avec fièvre l'avait forcé d'entrer à Palma-Nuova. Quand je le reçus, il y avait dyspnée, fièvre vive, décomposition des traits. Il mourut le lendemain dans l'agonie, environ cinquante jours après la terminaison de la fièvre continue.

Autopsie.

Cadavre maigre, muscles un peu décolorés, et leurs faisceaux écartés; il avait été un peu bouffi. *Tête.* Beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux. *Poitrine.* Le lobe gauche par-tout adhérent (adhérences organisées), solidement endurci dans les trois quarts de son épaisseur, ra-

molli et comme réduit en bouillie à la partie supérieure. *Abdomen*. Rien de remarquable qu'un énorme météorisme des intestins, et surtout de l'estomac (1).

Ce catarrhe, après être resté pendant près de deux mois dans l'état chronique, s'est subitement changé en une péripneumonie très-aiguë. J'ai souvent empêché les catarrhes chroniques de prendre ce caractère, en remettant le malade à la diète aussitôt que je voyais le pouls se roidir et devenir fréquent, et la chaleur de la peau s'élever. J'ai quelquefois rencontré ces exaspérations cinq et six fois pendant la durée du catarrhe. On a vu que Cario (*Obs*. n°. 2) en avait eu deux dans le courant d'un mois. N'ayant pas vu la terminaison des autres cas analogues que j'ai notés, je ne puis en donner les histoires. Il est probable que si Joniot eût été dans un hôpital, on aurait prévenu le retour de l'état aigu; mais il était à son corps, et maître de satisfaire ses appétits.

L'observation suivante n'offre plus un catarrhe simple; mais je dois préparer mes lecteurs aux phlegmasies chroniques compliquées, dont la théorie n'est pas moins intéressante que celle des simples, pourvu qu'on ait toujours l'œil fixé sur la maladie primitive, ou sur le désordre dont l'existence entraîne les lésions secondaires.

---

(1) Toujours la même remarque.

Xe OBSERVATION.

Catarrhe avec pleurésie, arachnoïdite et péritonite chroniques, suite d'une fièvre continue.

Le nommé Bernard, âgé de vingt-trois à vingt-cinq ans, brun, de taille médiocre, assez charnu, large de la poitrine, et régulièrement développé, fut traité par moi à Laybach, dans la convalescence d'une fièvre aiguë, dont je n'ai point connu le caractère précis. Il se plaignait alors d'une toux fort incommode, mais qui lui laissait beaucoup d'appétit et encore assez de force et d'embonpoint; il fut évacué avec les autres, et je ne le revis qu'à Udine, les premiers jours de mars, deux mois après l'avoir perdu de vue. Il me dit qu'il était retourné à son corps, mais que l'opiniâtreté de son rhume l'avait forcé de revenir à l'hôpital : il comptait alors trois mois et demi depuis le premier moment de sa maladie.

Je l'observai attentivement : il toussait beaucoup, crachait peu, et seulement des mucosités; il n'avait aucun mouvement fébrile; le ventre était un peu tendu et douloureux, mais les digestions étaient bonnes; il n'y avait aucune diarrhée, point de coliques; la pression n'était douloureuse que quand on l'exerçait avec force. D'abord, à son arrivée, les fonctions parurent un peu troublées; mais les adoucissans ramenè-

rent le calme en moins de quarante-huit heures; il reprit de la gaîté, de l'appétit, et un si bon visage, qu'il semblait promettre guérison.

Cependant les forces ne se remontaient point sur le ton accoutumé, et, malgré la sérénité de ses traits, on distinguait dans son teint une nuance couleur de paille. Ces deux circonstances m'empêchaient de me livrer à l'espoir, et de lui permettre de satisfaire son appétit. Au bout de douze jours d'hôpital, se sentant bien restauré et dans l'intention de se préparer à sortir, il me dissimula sa toux, et obtint les trois quarts.

Trois jours après, il survint une fièvre vive, la dyspnée s'exaspéra, la toux redoubla, le ventre parut élevé et devint plus douloureux, le teint s'altéra prodigieusement. — J'opposai la diète, les gommeux, les boissons aqueuses; je proposai de revenir aux vésicatoires, dont, à plusieurs reprises, on avait entretenu la suppuration avec une apparence de succès, et qui venaient de se guérir. Bernard s'y refusa, et le regardant comme perdu, je ne voulus pas le contraindre.

Cependant, après trois ou quatre jours d'orage, le calme revint, et avec lui l'appétit. Bernard recommença à manger : en cinq ou six jours ses traits se remplirent, la gaîté et l'espoir les ranimèrent, et son embonpoint parut rétabli.—Le pouls n'offrait à remarquer qu'un peu de faiblesse et quelque fréquence le soir; mais cette dernière amélioration fut accompagnée d'un œdême, jus-

que là inaperçu, de la face et des pieds, et la toux nocturne fut plus forte qu'avant l'exaspération. De cet état insidieux, Bernard passa tout-à-coup dans l'agonie, et mourut quatre mois et quelques jours après l'invasion de la première maladie aiguë.

Autopsie.

Habitude. Cadavre un peu maigre; le tissu cellulaire, quoique pâteux et comme gélatineux, contenait peu de sérosité *diffluente*. Les muscles étaient un peu dérougis, et leurs faisceaux légèrement écartés. *Tête*. L'arachnoïde, sensiblement épaissie et opaque, avait exhalé une humeur cendrée, lymphatique, un peu gluante; la sérosité des ventricules et des fosses cérébrales, en médiocre quantité, était blanchâtre et un peu floconneuse; la substance cérébrale en fort bon état. *Poitrine*. Le lobe droit, légèrement endurci dans sa partie postérieure, était peu adhérent; le gauche adhérait presque par-tout au moyen d'une substance organisée et serrée en arrière, tandis qu'en avant elle était à demi gélatineuse, lâche, laissant beaucoup d'intervalle entre les deux surfaces pleurales, intervalle rempli par une sérosité purulente et floconneuse (1). Cette exsudation pouvait se détacher de la plèvre sous forme d'une épaisse membrane, jaunâtre, poreuse, qui, pressée, expri-

(1) Ce sont les traces d'une pleurésie.

mait sa sérosité, et laissait voir un tissu cellulaire friable et comme albumineux. Le parenchyme se présenta dans l'état d'induration rouge, et, dans quelques points, ramolli et cédant au doigt, mais sans foyer purulent et sans tubercules ; le cœur fut trouvé en bon état. *Abdomen.* Le foie et la rate n'étaient point malades, le péritoine par-tout un peu épaissi et opaque ; sa surface enduite presque dans toute son étendue, et surtout dans l'espace triangulaire que la forme cylindrique des intestins laisse entre eux et les parois antérieures, d'une exsudation jaune, poreuse, gélatinoso-albumineuse, à demi organisée et exprimant sa sérosité à la pression. Elle servait de moyen d'adhésion à toutes les surfaces viscérales qu'embrasse le péritoine, excepté à la partie convexe du foie ; les intervalles étaient remplis, comme dans la poitrine, d'un fluide jaunâtre et floconneux. Les membranes musculeuse et muqueuse de toute la longueur du conduit alimentaire étaient en très-bon état.

J'ai souvent été surpris de la tendance simultanée qu'affectent plusieurs organes à l'inflammation. C'est un fait bien digne de la méditation des physiologistes. Quand un viscère est en proie à une inflammation chronique, il est très-ordinaire de voir qu'au bout d'un certain temps un autre se trouve dans le même état. C'est une espèce de sympathie. J'ai remarqué qu'elle avait assez com-

munément lieu entre les organes de structure et de propriétés analogues. Les membranes séreuses m'en ont plusieurs fois fourni des exemples (1) qui trouveront leur place dans ce recueil.

Il ne faut point être surpris que Bernard n'ait offert aucun symptôme de frénésie, et que ceux de la péritonite aient été si obscurs. Dans les cas d'inflammations chroniques consécutives et en quelque sorte d'imitation, il n'y a que l'affection primitive qui soit bien prononcée : c'est parce que les phlogoses secondaires sont languissantes dès leur début, et qu'elles arrivent à une époque où la faculté de sentir est déjà immensément diminuée (2).

La marche des symptômes nous apprend que Bernard a été disposé à la maladie qui l'a emporté par une fièvre aiguë (3), que le catarrhe est la première phlogose chronique qu'on ait aperçue, soit qu'en effet elle fût seule dans le principe, soit que le poumon, plus sanguin et plus sensible (4), rendît un témoignage plus exact de ses souffrances. Je croirais volontiers qu'il avait été le noyau fondamental de l'affection chronique;

---

(1) Ce fait en offre un, puisqu'il y a eu pleurésie dans le début.

(2) Cette règle est susceptible d'exceptions : j'ai vu des péritonites consécutives très-douloureuses.

(3) Que je n'ai point observée.

(4) La plèvre est moins sensible que le péritoine : ainsi la première de ces deux raisons est la meilleure.

car, quand le péritoine s'enflamme d'une manière aiguë, la douleur est atroce. Or, jamais Bernard n'a accusé les symptômes de la péritonite aiguë; ceux de l'arachnoïdite ont encore été plus cachés; aucun point de côté n'a pu faire soupçonner l'irritation de la plèvre. Si ces trois séreuses se sont affectées facilement, c'est que leur phlogose n'est arrivée qu'à une époque où la sensibilité commençait à s'émousser; car leur phlegmasie est toujours très-douloureuse dans l'état aigu.

Le catarrhe seul a donné des marques de son existence. C'est à lui qu'étaient dus la langueur, la toux, la disposition à l'hydropisie, les retours de fièvre aiguë. Les autres inflammations ont dû concourir avec lui à faire périr le malade avant que l'exténuation et le marasme eussent pu faire de grands progrès. Le défaut de fièvre hectique explique pourquoi ces progrès n'ont pas eu lieu, et déjà l'on voit avec évidence qu'une inflammation étendue peut exister long-temps sans émouvoir beaucoup la circulation, lorsqu'elle n'est point douloureuse, et que son produit matériel n'est point altéré et décomposé par l'air.

La désorganisation chronique du poumon par induration peut se présenter avec d'autres complications, mais tant qu'elle est le désordre fondamental auquel sont dus l'état de langueur et la détérioration des fonctions, elle mérite d'être placée dans ce chapitre; c'est pourquoi nous y avons inséré les catarrhes chroniques par suite de fièvre con-

tinue. En effet, une fièvre continue est indépendante d'un catarrhe, surtout celle qui vient du miasme d'hôpital; elle ne se trouve compliquée avec lui qu'à raison de la prédisposition du poumon. Il n'est pas possible d'en douter, puisque la fièvre peut survenir au milieu et à la fin du catarrhe, aussi-bien que dans son commencement, ce que nos observations ont démontré, et puisque le catarrhe ne complique plus la même fièvre quand la saison froide est passée. C'est encore ce que nous avons observé à Udine. La fièvre pétéchiale (1) était presque toujours compliquée de catarrhe à Bruck et à Laybach. A Udine, cette complication est devenue rare dès le mois de mars, et depuis cette époque jusqu'à la fin de l'été, je ne l'ai plus rencontrée.

Ainsi, l'inflammation pulmonaire sanguine est un mode de lésion qui peut exister indépendant de tout autre, et qui conserve ses caractères fondamentaux en se compliquant avec les phlegmasies aussi-bien qu'avec les fièvres continues.

Dans l'observation précédente, les symptômes du catarrhe l'emportèrent sur les maladies complicantes, au point qu'il put seul être caractérisé. Dans celle qui va suivre, il a été tellement masqué par l'invasion d'une autre phlegmasie, que je n'ai pu qu'à peine soupçonner son existence.

---

(1) Elle n'est, comme les autres, qu'une gastro-entérite.

XIe OBSERVATION.

Catarrhe chronique terminé par une dysenterie aiguë.

Le nommé Cosset, âgé de vingt-quatre ans, cheveux et teint d'un brun foncé, ayant la poitrine bien développée et les membres un peu minces, d'une taille moyenne, d'une extrême sensibilité, entra à l'hôpital de Bruck pour une dysenterie dont il était tourmenté depuis quelques jours; il se présentait à chaque instant du jour pour rendre ses excrémens, et s'épuisait en violens efforts le plus souvent inutiles. Les déjections étaient muqueuses et sanguinolentes; le pouls était petit, serré, et augmentait de fréquence le soir, ce qui s'accompagnait de la sécheresse de la bouche. Je le mis à la solution de gomme arabique édulcorée, et à la bouillie, pour toute nourriture.

La dysenterie continua avec une égale intensité pendant à-peu-près une douzaine de jours. Cosset ne s'occupait que de ses douleurs de ventre et de la fatigue qui résultait de selles aussi fréquentes; mais moi, malheureusement trop habitué à la physionomie des catarrhes chroniques, j'avais été frappé d'une certaine bouffissure de la face avec œdème des paupières, et d'une couleur de paille, qui ne me semblaient point devoir être

le résultat de la dysenterie. Mes questions réitérées, faites au malade lui-même, me procurèrent peu de lumières; il disait qu'en effet il était enrhumé avant son cours de ventre; mais il revenait toujours sur cette dernière incommodité. Moi-même je cessai de m'occuper de la poitrine; je me bornai à assoupir un peu les douleurs de ventre, qui étaient d'une atrocité peu commune, et Cosset mourut le seizième jour. Il jouit auparavant d'un calme perfide de deux jours, résultat de la désorganisation des viscères et de l'épuisement de la faculté de sentir. Mais sa mort fut précédée d'un retour brusque et terrible de ses premières douleurs, et il expira tout-à-coup dans un tremblement convulsif, en poussant des cris et faisant des contorsions.

Autopsie.

Habitude. Le cadavre était décoloré, la face très-maigre, les extrémités inférieures fort infiltrées, et les muscles pâles, à faisceaux comme lavés et écartés. La *tête* n'offrait rien de remarquable. *Poitrine.* Je rencontrai les deux poumons dans un état d'*hépatisation* presque complète. La plèvre était sans adhérences. *Abdomen.* La membrane muqueuse des gros intestins, dans toute son étendue, épaisse, désorganisée, noire, surtout vers le rectum, et sphacélée. L'épiploon et le mésentère très-injectés, l'estomac et les in-

testins grêles en bon état, mais fortement resserrés : le reste exempt d'altération.

L'inspection du poumon m'ayant convaincu de la préexistence d'un catarrhe chronique, j'interrogeai des hommes du même corps, et j'appris que depuis long-temps Cosset était enrhumé : c'est tout ce que j'ai pu savoir; mais c'en est assez pour démontrer à quel point une inflammation catarrhale peut désorganiser le poumon, sans donner presque aucun indice de son existence, quand la cause qui a produit la première direction vers le viscère continue toujours d'agir. C'est surtout dans l'état de complication que le catarrhe chronique est difficile à distinguer, à cause du silence des malades, qui, d'ordinaire, ne parlent presque point de la toux lorsqu'ils ont une autre affection plus évidente.

On en voit encore une preuve bien déplorable dans la complication du catarrhe avec la fièvre intermittente. On a lieu d'être surpris que les auteurs qui ont traité des fièvres intermittentes *ex professo* s'occupent si peu de cette complication, qui pourtant est si commune.

Lorsque je pris le service d'un des hôpitaux de Bruges, le 9 brumaire de l'an 13, j'y trouvai grand nombre de malades dont la fièvre intermittente était cessée, et qui attendaient le retour de leurs forces. Plusieurs avaient l'abdomen un

peu gonflé, et pouvaient passer pour être attaqués de cette obstruction si renommée, qui suit les fièvres intermittentes mal guéries. Chez un grand nombre, la tendance à l'œdème était manifeste, et le teint remarquable par cette couleur paille dont j'ai parlé.

Je crus d'abord n'avoir affaire qu'à un empâtement (*ut aiunt*) des viscères de l'abdomen, dépendant de la débilité générale du système, et j'eus recours (*ritè*) aux médicamens toniques amers et vineux, combinés avec ceux auxquels on reconnaît la propriété d'exciter la sécrétion de l'urine.

Quelques-uns de ces malades ayant succombé, je m'empressai d'interroger les restes non encore muets de cet organisme qui, n'aguère, avait tant d'expression. Quel fut mon étonnement, après cinq ou six autopsies, de trouver constamment des poumons hépatisés! Chez quelques-uns la violence de la toux m'avait préparé à ce spectacle; mais, en revanche, il s'en offrit plusieurs où je vis les effets de la maladie avant d'avoir soupçonné son existence.

C'est alors que j'observai avec toute l'attention dont j'étais capable les malades dont l'état actuel pouvait faire craindre un pareil sort; j'en découvris dix à douze qui, après avoir essuyé plusieurs rechutes de fièvre intermittente, n'avaient plus actuellement d'accès, étaient faibles, et ne pouvaient recouvrer leurs forces, quoique ayant assez

bon appétit : ils avaient le teint couleur de paille, et paraissaient, d'après une certaine rondeur de formes qu'on ne pouvait attribuer à une véritable graisse, disposés à l'hydropisie. Chez quelques-uns d'entre eux, la rate se sentait tuméfiée, mais cela n'était pas général. Ce qui l'était davantage, c'est une espèce de toux nocturne, sèche, dont un petit nombre accusait l'existence. Pour la reconnaître, je pris le parti de visiter les malades à une ou deux heures de nuit : je découvris alors que tel qui, le matin, paraissait fort gai et disait tousser à peine, avait une légère chaleur; le pouls fréquent, les pommettes un peu rouges, et une toux sèche, quelquefois très-forte. — Je ne tardai pas, en suivant la marche de ces toux chroniques, à me convaincre de l'analogie qu'il y avait entre ces malades et ceux dont la mort m'avait offert des hépatisations.

Tout-à-coup la face paraissait infiltrée, surtout aux paupières; les mains et les pieds s'œdématiaient; le malade commençait à râler, et périssait en agonie. D'autres s'infiltraient complètement, et devenaient en peu de jours d'une grosseur énorme. Tous finissaient par succomber ; et l'inspection démontrait, pour principale lésion, le poumon endurci et la plèvre enflammée.

Je regrette beaucoup de n'avoir pas alors rédigé les histoires des principaux malades affectés de la sorte dont j'ai vu se terminer la carrière, et que j'ai ensuite ouverts : ainsi, je suis réduit

offrir ici le résumé des faits, tels que je les rouve dans mes notes.

Parmi les malades restés jaunes, languissans et bouffis à la suite d'une fièvre intermittente qui avait duré long-temps, ou récidivé plusieurs fois, l y en avait à peine un sur dix qui n'eût point un catarrhe chronique (1).

Le catarrhe n'était pas la seule désorganisation qui entretînt leur langueur. Chez plusieurs, la muqueuse du canal digestif, surtout dans l'estomac, était en proie à une phlogose latente. Chez un plus petit nombre, le péritoine se trouvait affecté d'une inflammation chronique; il s'en fallait de beaucoup que le foie et la rate fussent extraordinairement développés chez le plus grand nombre.

Les causes les plus communes de la langueur, suite des fièvres intermittentes, étaient donc des inflammations chroniques du poumon, soit dans son parenchyme, soit dans sa séreuse, et des voies digestives, plus souvent dans leur tunique muqueuse que dans le péritoine.

La durée totale de ces maladies équivalait à six semaines et deux mois, jusqu'à quatre.

Comme l'affection du poumon était, dans cette épidémie, le désordre le plus commun, le plus influent, le plus facile à produire, et le plus

---

(1) Je dois faire observer que c'était sur la fin de l'automne.

difficile à guérir, je cherchai à m'expliquer sa formation, et à me rendre raison de sa fréquence. Je vais consigner ici les réflexions que je fis alors : elles me paraissent propres à jeter quelque jour sur l'étiologie des affections organiques qui tirent leur origine des fièvres intermittentes.

Ayant examiné une foule de malades au moment de l'invasion de l'accès, dans l'époque du froid, j'ai toujours remarqué qu'ils avaient une petite toux. Depuis que j'ai fait cette observation, j'ai conçu qu'il fallait avoir les poumons bien robustes pour n'être pas enrhumé par la fièvre quand elle se répète souvent; et l'expérience m'a convaincu que presque tous les fébricitans s'enrhumaient durant la saison froide.

On a repoussé l'idée des anciens (1), qui voulaient que, dans la période de froid, le sang se retirât des capillaires extérieurs, et fût refoulé dans les viscères pour en être élancé avec impétuosité dans la période de chaleur. On s'est contenté de traiter le froid de phénomène nerveux ou spasmodique, ou bien on s'est abstenu de toute explication sur sa cause, et de toute théorie sur son mécanisme. Cette réserve me paraît digne de blâme. Le froid des fièvres est un phénomène de la plus grande importance, et je ne balance pas à consigner ici

(1) Quelqu'un a prétendu que j'avais voulu m'emparer de cette idée.

toutes les idées que j'ai sur ce point de doctrine trop négligé.

Je ne veux point rechercher la cause (1) du frisson fébrile; je dois me contenter d'en examiner le mécanisme et les effets.

Le frisson nous offre d'abord une sensation pénible rapportée à la peau, analogue à celle que nous éprouvons par le contact des corps qui nous enlèvent le calorique; il s'y joint bientôt un tremblement convulsif des muscles; mais ce qui est le plus pénible, c'est un sentiment très-prononcé de constriction à la poitrine, et d'anxiété à l'épigastre. Interrogez les malades, ils vous diront que c'est là ce qui les fatigue le plus. Pendant que cette impression douloureuse se fait sentir au milieu des foyers de la vie, les parties extérieures sont rétrécies et décolorées. Qui peut douter qu'alors les viscères ne soient le siége d'un engorgement capillaire? cet engorgement peut-il exister sans augmentation locale de sensibilité? Non, sans doute, puisque l'air inspiré fatigue le poumon et excite la toux, puisque les boissons révoltent l'estomac. Observez un fébricitant dans le moment du froid, vous le verrez enfoncer la tête dans son lit, afin d'aspirer l'air le plus chaud possible. Le mouvement inverse calo-

(1) La cause physiologique appréciable est l'irritation : toute irritation, tout malaise intérieur ou extérieur peut donner le frisson.

rique a-t-il succédé, la toux cesse, le poumon désire l'air froid, l'estomac appète les boissons rafraîchissantes.

Croit-on maintenant que de semblables mouvemens, qui tendent à forcer les capillaires des viscères, puissent se répéter long-temps sans inconvénient? Le moindre qui puisse en résulter, c'est peut-être la perte du ton, parce qu'elle est encore long-temps réparable. Mais l'extravasation, la rupture et la phlogose sont plus souvent dangereuses, et sont singulièrement faciles pendant la durée des fièvres, pour peu que les malades y soient prédisposés. Qu'on ouvre cent cadavres, et qu'on résume ce qu'on aura trouvé, je suis persuadé que le plus grand nombre des désordres pourront être rapportés à la désorganisation des viscères, que l'on observera leurs vaisseaux dilatés, leurs capillaires rompus, les tissus cellulaires inter-parenchymateux remplis de fluides extravasés, en un mot, des traces analogues à celles que laissent à leur suite les inflammations.

Ainsi, le frisson des fièvres intermittentes a, sur le poumon, le même effet que le frisson produit par l'impression de l'air froid ou de l'eau froide. Comme ces corps, il supprime les évacuations cutanées; comme eux, il tend à les remplacer par des évacuations internes. Souvent il produit des urines copieuses et décolorées, signe évident que les fluides séreux abondent vers les reins. De même que le froid affecte plus souvent le poumon, comme

étant le plus faible (1) des vicaires de la peau, ainsi le frisson fébrile enrhume plus souvent qu'il ne procure une gastrite, une diarrhée ou une péritonite, à moins que quelque circonstance particulière ne prédispose à ces maladies. Mais la ressemblance n'est pas long-temps exacte, car les efforts répétés de la fièvre ayant enfin épuisé les forces du système capillaire général, tous les viscères sont disposés à se laisser forcer et désorganiser.

Pourquoi s'étonner maintenant qu'il y ait des fièvres ataxiques intermittentes? Qu'on y réfléchisse. En quoi ces fièvres diffèrent-elles des simples? pas autrement peut-être que du plus au moins.....

Si la fièvre intermittente offre pour caractère spécifique un balancement alternatif des mouvemens de la circonférence au centre et du centre à la circonférence, est-il surprenant que ces impulsions ne se fassent pas toujours sans menacer l'organisme d'une prochaine destruction? Dans tout frisson fébrile, n'y a-t-il pas céphalalgie, n'y a-t-il pas dyspnée, toux, resserrement violent de l'estomac, spasme de toute l'étendue des voies gastriques, tremblement et convulsions des muscles soumis à la volonté? Eh bien! que l'une de ces impulsions soit tellement violente, que le mouve-

(1) Le plus vasculaire, le plus actif.

ment d'expansion ne puisse rompre l'effort, et le répercuter en épanouissant les forces, n'aurez-vous pas un des symptômes de la fièvre pernicieuse? La concentration cérébrale est-elle trop intense, voilà une apoplexie ou des convulsions. Les capillaires pulmonaires sont-ils accablés et hors d'état d'exprimer le sang qui les distend, et qui tiraille les expansions nerveuses de la muqueuse ou de la plèvre, il faut s'attendre aux symptômes de la plus terrible phlegmasie pulmonaire. L'estomac, cet organe si sensible, entre-t-il dans un état convulsif par l'influx trop impétueux des forces nerveuses et l'érection outrée de ses capillaires, il en résulte d'affreuses cardialgies, des vomissemens, des coliques ou la diarrhée si l'effort est plus violent sur les intestins. Le foie est-il plutôt le terme de la direction centrale, sa sécrétion devient exorbitante, etc.

Ayant exercé la médecine dans les pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, j'ai pu les observer à loisir; j'en ai trouvé un nombre prodigieux qui avaient une nuance plus ou moins prononcée de ce qu'on appelle *symptômes ataxiques*. Chez celui-ci, le froid était long et insupportable; cet autre était particulièrement fatigué par la violence du tremblement; un troisième craignait de suffoquer; un quatrième vomissait, symptôme que j'ai reconnu très-fréquent; mais le plus ordinaire de tous, c'est une petite toux avec sentiment de constriction à la poitrine.

Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans les détails du traitement des fièvres intermittentes ; mais comme je ne saurais poursuivre mes recherches sur les maladies chroniques sans remonter à leurs sources, et que souvent le catarrhe dérive de ces fièvres, je me vois forcé, après avoir indiqué comment les phénomènes fébriles le produisent, de rechercher si le traitement ne peut pas quelquefois y concourir.

Puisque déjà, par elle-même, la série de mouvemens vitaux dont se constituent les fièvres intermittentes tend à produire des noyaux inflammatoires dans le poumon (1), ne serait-il pas avantageux de détruire ces mouvemens le plus tôt possible (2)? n'est-ce pas ce qu'on fait lorsqu'une intermittente ataxique s'est laissée deviner? Si les intermittentes simples n'en diffèrent que du plus au moins, pourquoi ne tiendrait-on pas envers elles la même conduite? Une foule de médecins n'ont-ils pas conseillé de combattre ces fiè-

---

(1) Toute fièvre intermittente est une sorte de phlegmasie mobile dont l'irritation se développe tout-à-coup dans les viscères, et se dissipe ensuite par la sueur. Il n'est donc pas étonnant que cette phlegmasie ne prenne tout-à-coup un caractère de fixité soit aiguë, soit chronique, surtout si l'on irrite les viscères au moment où elle les occupe, et dans les cas où sa solution par les sueurs ou par toute autre crise n'est pas complète. (*Voy.* l'*Examen des doctrines*, etc.)

(2) Par les anti-phlogistiques, s'ils sont violens; ensuite par les toniques, durant l'apyrexie, lorsqu'elle est complète.

vres aussitôt qu'elles existent? les Browniens ne s'empressent-ils pas de leur opposer les fébrifuges les plus énergiques?

Rien ne paraît plus séduisant qu'un pareil raisonnement. Certes, je n'ai point la prétention de faire loi; je dirai seulement ce que j'ai observé: j'ai vu que plusieurs hommes auxquels je m'étais empressé d'administrer le quinquina se plaignaient d'une douleur d'épigastre qui succédait aux accès supprimés, que les digestions devenaient pénibles, que quelquefois il survenait une hypochondrie bien caractérisée, que d'autres fois il se manifestait une inflammation de la muqueuse de l'estomac et des intestins. Mais je renvoie ce que j'ai à dire à ce sujet à l'histoire des phlegmasies du canal digestif (1).

Quant au catarrhe, il ne guérissait pas toujours; sa marche vers l'état chronique n'était point ralentie par la suppresion des accès. Il m'a semblé que la persévérance de la fièvre favorisait la durée du catarrhe, mais exposait moins aux affections du bas-ventre que l'emploi prématuré du quinquina. Il y a cependant une distinction très-importante à faire.

Dans la Belgique et dans la Hollande, pays froids et humides, le quinquina donné aux malades dès leur entrée à l'hôpital réussit bien sou-

---

(1) D'autant que le principal point d'irritation des fièvres intermittentes siège dans les voies gastriques.

vent. A Udine, où j'ai pratiqué depuis, pays chaud et sec, je n'ai pas supprimé brusquement une seule fièvre depuis le mois d'août 1806 jusqu'en automne, sans voir succéder les symptômes de cette sensibilité inflammatoire des voies gastriques, dont je viens de parler. Cette différence ne peut venir que de celle de la susceptibilité gastrique. Le climat de la Belgique éteint l'irritabilité de la muqueuse gastrique, et lui permet de supporter une forte dose de stimulans; l'atmosphère d'Italie, plus pénétrée de calorique et plus électrisée, communique aux organes une sensibilité qui se refuse aux irritans. Les phlogoses chroniques des voies gastriques, que j'exposerai bientôt, mettront cette vérité dans une plus grande évidence.

Le traitement des fièvres intermittentes compliquées d'une disposition des organes à la phlogose, et de l'épuisement avec susceptibilité extrême, est un des points les plus délicats de la doctrine médicale. Abandonnez-vous la fièvre à elle-même, comme plusieurs auteurs très-recommandables conseillent de le faire dans les cas les plus simples, en se bornant aux amers, vous voyez souvent, chez les militaires, les forces s'user rapidement, et au bout de dix à douze jours, une disposition manifeste à l'hydropisie, et, trop souvent, le catarrhe ne laisse apercevoir aucune tendance à la résolution. Vous hâtez-vous de guérir la fièvre, l'estomac reste sensible, et vous avez

à combattre une inflammation gastrique ou intestinale.

On objectera que cependant par-tout on traite les fièvres avec le quinquina. Je sais que cette pratique est générale dans les hôpitaux ; mais chez qui réussit-on ? chez les sujets robustes ou légèrement affectés, et chez ceux dont les viscères sont encore intègres : heureusement ce nombre est toujours le plus grand, et c'est ce qui fournit à chaque praticien des motifs pour vanter la méthode qu'il a suivie. Mais je n'entends parler ici que des cas épineux, ceux qu'il importe davantage de bien étudier. Non, rien, en médecine, n'offre plus de difficultés que le traitement des fièvres intermittentes chez les sujets dont les viscères sont sensibles et dont la constitution est épuisée. Or, ces deux circonstances sont très-communes aux armées. Lorsqu'une épidémie ou une saison de fièvre intermittente tire vers sa fin, les hôpitaux se trouvent remplis d'hommes qui n'ont pu être guéris par la méthode qui réussit pour les malades plus robustes ; et, le plus souvent, les salles n'en sont désencombrées que par la mort.

C'est sur ces sortes de maladies chroniques que j'ai fixé mon attention. C'est afin d'en diminuer le nombre, s'il est possible, par les précautions du traitement de la fièvre, et d'en arracher quelques-unes à la mort dans l'état chronique, que je vais rapporter encore quelques exemples de catarrhes, soit simples, soit compliqués, résultant

de fièvres intermittentes rebelles. Je ferai connaître en détail les procédés curatifs qui m'ont le mieux réussi, en parlant de l'irritation gastrique, qui a le plus grand rapport avec l'effet des toniques qu'on est dans l'usage d'opposer aux fièvres d'accès.

XIIe OBSERVATION.

Catarrhe chronique à la suite de fièvre intermittente.

Le nommé Fevret, âgé de vingt à vingt-deux ans, de taille et de largeur médiocres, tissu mou, corps graisseux, entra, dans les derniers jours de brumaire an 13, à l'hôpital n° 3, de Bruges. Il avait été traité plusieurs fois, et même guéri de la fièvre; mais il lui restait une légère infiltration; il était toujours débile, quoiqu'il eût bon appétit; son teint était d'un jaune paille, et un air de langueur se faisait remarquer dans l'expression de sa physionomie. Il ne se plaignait point de la poitrine; mais, en l'observant le soir, je m'aperçus qu'il avait une toux sèche assez forte. Je ne laissai pas de lui administrer les diurétiques et les amers, avec une dose d'alimens que je crus proportionnée aux forces de son estomac.

Le 6 frimaire, huit jours après son entrée, environ quarante jours après l'invasion, je le trouvai dans une fièvre très-violente avec un pouls dur et fort. Le soir, il survint des symptômes cé-

rébraux. Il expira dans la nuit, sans râle, mais tout-à-coup, après avoir été vivement agité.

Autopsie.

Habitude. Le cadavre avait un peu perdu de son infiltration, mais le tissu cellulaire était encore gélatineux. Les muscles étaient à peine diminués, et moins rouges que dans l'état ordinaire. *Tête.* Rougeur, densité de la substance cérébrale, peu de sérosité dans les ventricules, beaucoup dans les fosses occipitales. Dans chaque plexus choroïde une substance à cellules transparentes remplies de gélatine, du volume d'une grosse aveline. *Poitrine.* Le lobe droit adhérait presque par-tout; son parenchyme était endurci et de consistance hépatique dans les trois quarts de son volume. Je trouvai au centre de cette induration un tubercule plein, et je remarquai qu'autour de lui la carnification était plus solide. Le lobe gauche était encore perméable à l'air, mais très-engorgé. Il y avait beaucoup de sérosité épanchée. Le cœur était sain. *Abdomen.* Le foie un peu volumineux et jaunâtre; peu de sérosité dans le péritoine.

Il est aisé de reconnaître chez Fevret une mauvaise constitution du système lymphatique. Le tubercule du poumon en est une première marque; on en trouve une seconde dans le commen-

cement d'état gras du foie (1). Comme on ne voit point que la fièvre ait pour effet constant de produire des tubercules, tandis que toujours elle engorge les capillaires sanguins des viscères, on ne doit lui attribuer directement que l'induration sanguine (2), et regarder le tubercule comme une marque d'une prédisposition à la phthisie, qui, peut-être, dans la suite aurait entraîné le malade. Cependant, ce tubercule a pu faciliter l'irritation inflammatoire que la fièvre tendait à produire, et rendre mortel un catarrhe qui aurait pu être sans danger. Dans tous les cas, le tubercule n'aurait pas causé seul l'induration, car l'expérience prouve que les tubercules n'enflamment le parenchyme qu'autour d'eux, dans un rayon très-borné, et c'est par leur multiplicité qu'ils mettent les organes hors de fonction (3). Mais n'antici-

---

(1) Le tubercule est le produit de la phlegmasie bronchique, et l'état gras du foie celui de la gastro-entérite que je n'aperçus pas.

(2) La fièvre est ici considérée comme un être ayant de l'action sur les organes. Ce langage est ontologique. La fièvre, chez Fevret, dépendait de l'inflammation des viscères, c'est-à-dire, de la même cause qui a produit les tubercules et le *foie gras*.

(3) J'étais alors dans l'erreur sur les effets comme sur la cause des tubercules. Ils ne sauraient être la cause de la phlegmasie qui les a produits ; ils sont même trop inertes pour y ajouter, à moins qu'ils ne soient convertis en cavités communiquant avec l'air.

pons point (1); contentons-nous de prouver ici que la fièvre intermittente prolongée et mortelle a souvent pour effet l'induration du poumon.

C'est particulièrement à Bruges que j'ai rencontré des catarrhes chroniques, suite de fièvres intermittentes, terminés par la mort, et sans aucun autre désordre qu'une induration du parenchyme ou une exsudation de la plèvre. J'en ai ouvert sept dans ce cas, qui moururent peu de jours après que j'eus pris le service. Je ne puis dire autre chose sur leur compte, sinon : 1°. qu'ils avaient eu plusieurs rechutes de fièvres intermittentes que toujours on avait combattues par de fortes doses du grand fébrifuge ; 2°. qu'ils n'avaient plus de fièvre depuis un certain temps, comme quinze jours, un mois, etc. ; 3°. qu'ils avaient la toux sèche, nocturne, avec le teint paille et une légère bouffissure ; 4°. qu'une moitié périt subitement et sans fièvre, et l'autre dans une exaspération violente, comme on vient de voir finir Fevret ; 5°. que l'autopsie me démontra toujours induration du parenchyme, et beaucoup moins régulièrement inflammation et exsudation à la plèvre ; 6°. qu'aucun n'avait de tubercules ; 7°. que le bas-ventre ne me présenta qu'une augmentation du volume de la rate, qui n'était pas constant ; quelquefois de la sérosité dans le péritoine. Chez

---

(1) On trouvera mes premières idées sur la génération des tubercules au chapitre de la *Phthisie pulmonaire.*

quelques-uns, je reconnus aussi des traces d'une légère inflammation de l'estomac et du colon (1); mais j'en tiens peu de compte, parce que ce n'était pas le principal désordre : aussi ne donné-je ces sept autopsies que comme des exemples de l'induration chronique. Dans l'observation suivante, on trouvera réunies presque toutes les altérations chroniques que la fièvre intermittente a ordinaire de produire.

XIII[e] OBSERVATION.

Inflammation chronique des principaux viscères, à la suite de fièvre intermittente.

Le nommé Mossinot, âgé d'environ vingt-quatre ans, d'une texture délicate, peau blanche et douce, cheveux châtains, formes arrondies, membres peu musculeux, air de mélancolie, sensibilité profonde et tenace, était à l'hôpital, n°. 3, de Bruges, en brumaire an 13, depuis un mois et demi, lorsque j'y fus chargé du service. J'appris qu'il avait essuyé une fièvre pernicieuse, à laquelle on avait opposé des doses fortes et longtemps continuées de quinquina en poudre. Voici l'état où je le trouvai :

Langue nette, aucun mauvais goût, aucune

(1) L'estomac et les intestins grêles ne furent pas assez examinés par moi à cette époque.

douleur de tête, point de mouvement fébrile; l'embonpoint peu éloigné de l'état habituel; mais, langueur générale, dégoût de tous les alimens, sensibilité très-incommode à l'épigastre, tendance à rester au lit et à s'occuper sans cesse de ses maux.

Je donnai d'abord un peu de vin amer (1), et quelques juleps adoucissans et anodins le soir, pour lui procurer le sommeil, qu'il désirait beaucoup. Deux ou trois jours après, voyant qu'il était constipé et qu'il avait le ventre embarrassé, je lui fis prendre un peu de manne avec un sirop purgatif. A quelques jours de là, je remarquai qu'il toussait beaucoup le soir; il me dit qu'il s'était enrhumé en se levant pour obéir à sa médecine, qu'auparavant il toussait peu, et seulement quelquefois dans la nuit; mais il persistait à soutenir que la sensibilité de l'estomac et le dégoût pour les alimens étaient survenus immédiatement à la suite de l'administration du quinquina, et avaient fait des progrès en proportion de la quantité qu'il en avait prise, quantité qui, selon lui, était considérable. Depuis le 20 brumaire jusqu'au 18 frimaire, époque de sa mort, voici quels furent son état et ma conduite.

Il se dégoûtait des alimens les plus légers que pouvait lui fournir l'hôpital, et me priait chaque

(1) Existait-il un ouvrage capable de m'empêcher de commettre cette faute ainsi que les suivantes?

jour de les lui changer. Il fallut bientôt lui supprimer le vin de quinquina, qui augmentait sa douleur, et peu après le vin amer. Comme sa faiblesse, toujours croissante, exigeait pourtant, à ce qu'il me semblait, quelques toniques, je lui donnais quatre ou cinq onces de vin sucré dont il s'accommodait. La thériaque et la rhubarbe combinées, dont j'essayai quelques doses, furent plus nuisibles qu'utiles. Comme il se bouffissait un peu, et qu'on apercevait des taches brunes, j'ordonnai un vin anti-scorbutique affaibli avec la solution de gomme arabique : il ne put être supporté. Dans l'intention de calmer la toux qui le fatiguait beaucoup la nuit, j'employai l'éther, qui rendit aussi l'épigastre plus douloureux. Je voulus appeler les fluides vers les couloirs extérieurs, dans la vue de soulager le poumon, qui s'engorgeait, et pour cela je prescrivis le soir une infusion de sureau miellée. Elle lui causa des sueurs qui, disait-il, l'épuisaient sans le soulager. Plusieurs fois je répétai sur la poitrine et sur les bras les vésicatoires et les sinapismes, sans obtenir autre chose qu'une amélioration momentanée; mais sur la fin, ces moyens ne faisaient que le tourmenter. Peu à peu il arriva au point de vomir non-seulement les alimens et les boissons irritantes, mais encore tout liquide, quand il en avalait une dose un peu considérable; enfin, il n'y eut plus que les boissons pectorales gommeuses, mucilagineuses, avec quelques gouttes de laudanum, prises à la quantité de deux ou trois

cuillerées à la fois, qui parussent lui donner quelque soulagement.

Jamais le sourire ne parut sur ses lèvres; jamais je n'observai un rayon d'espoir; le sentiment de ses maux avait absorbé toutes ses facultés, et l'avait rendu si misanthrope, que je fus obligé de l'écarter de plusieurs malades, que sa conversation disposait trop à la tristesse.

Vers le 14 frimaire, son visage se bouffit et devint jaunâtre en moins de ving-quatre heures. Il parut, dans tout le tissu sous-cutané, un léger degré de leucophlegmatie, et dans celui de la poitrine et du bras droit, une légère tuméfaction douloureuse au tact, avec une nuance brunâtre de la peau, et une sorte de mollesse plus sensible au milieu. D'autres taches brunâtres et larges, mais sans tuméfaction, furent encore observées dans quelques autres régions. La toux augmentait. Mossinot commença à se plaindre d'un sentiment de plénitude et de suffocation sous les hypochondres, ainsi qu'à l'épigastre; il ne voulut plus manger que quelques cuillerées de panade, et prendre que des juleps anodins, et un peu de vin blanc sucré.

Le 18, il était obligé d'être assis pour respirer, quoique sa poitrine ne parût point agitée, et que la respiration ne fût point précipitée. Pendant qu'un infirmier le soulevait pour augmenter l'épaisseur de son oreiller, il expira paisiblement, vers la fin du troisième mois.

Autopsie.

Habitude. Aspect décoloré et *exsanguin*, muscles pâles, à faisceaux écartés, tissu un peu infiltré. *Poitrine. Cavité gauche.* Sérosité citrine, assez abondante ; la plèvre saine ; la partie antérieure et supérieure du parenchyme endurcie, et, en quelques points, réduite en bouillie. Dans la *cavité droite*, sérosité citrine ; adhérence du côté externe et dans toute la partie postérieure, par une production filamenteuse assez solide en avant, par une membrane celluleuse facile à déchirer en arrière ; presque tout le parenchyme endurci à la consistance du foie. *Cœur.* Péricarde rempli de sérosité citrine ; cœur flasque, contenant des concrétions gélatineuses peu adhérentes. *Abdomen.* Estomac resserré comme un intestin, épais et résistant ; sa membrane séreuse saine, sa muqueuse très-rouge, épaissie et formant des rides nombreuses et solides. Dans la coupe on la reconnaissait spongieuse et désorganisée. Cette disposition, très-remarquable dans le grand cul-de-sac, disparaissait insensiblement vers les orifices. — Le foie un peu jaunâtre, sans tuméfaction ; la rate fort grosse, son parenchyme en bouillie ; beaucoup de sérosité citrine dans le péritoine, couleur brunâtre de la portion de cette membrane qui tapisse les intestins et forme le mésentère ; cette portion semée de points noirs, de la largeur des pétéchies ordinaires. Deux d'entre elles, situées

sur le colon, étaient portées à la largeur d'un centime. En divisant les endroits ainsi tachés, j'ai reconnu que c'étaient des escarres gangréneuses.

La tumeur sentie sur la portion cartilagineuse des côtes sternales gauches était formée par une tuméfaction de la substance charnue du grand pectoral, qui était noirâtre, désorganisée, et renfermait des caillots de sang confondus avec ses fibres divisées. La tumeur du bras gauche consistait dans un semblable gonflement du brachial externe; mais, en le divisant, on y trouva un petit foyer contenant du pus blanc et onctueux. Les muscles offraient par-tout ailleurs des traces non équivoques d'inflammation, mais d'une inflammation brune (1), avec flaccidité et décomposition des tissus, très-conforme à l'état général du cadavre.

Il est impossible de ne pas voir, dans cette observation, une phlogose de l'estomac, provoquée par le quinquina, et entretenue par tous les toniques qui ont été donnés pour remédier au sentiment de faiblesse et de découragement que cette espèce d'irritation manque rarement de produire. Cette phlogose a augmenté l'irritabilité générale, et l'on a vu tous les autres viscères s'enflammer avec une étonnante facilité sous l'action du stimulus le plus modéré. Mais à peine la phlogose

---

(1) Cette inflammation brune avait été rouge dans le principe.

avait-elle commencé, que le tissu se brisait et perdait l'organisation et la vie. C'est ainsi que se sont endurcis les poumons; c'est ainsi que la pression des corps extérieurs, ou le simple effort de leur contraction, a suffi pour enflammer et désorganiser les muscles. Il me semble voir, dans ce sujet, des capillaires sanguins relâchés et disposés au scorbut, qui sont mis tout-à-coup dans une agitation violente par une impulsion tendant à les phlogoser. Qu'en pouvait-il résulter, si ce n'est la plus prompte et la plus funeste désorganisation?

Cette histoire est du grand nombre de celles qui doivent nous prouver que la débilité n'exige pas toujours des stimulans, surtout proportionnés à son degré, et que toute phlogose ne requiert pas des moyens extrêmement débilitans; mais cette proposition se développera à mesure que nous avancerons. Avant d'aller plus loin, je désire fixer un instant l'attention des médecins sur une disposition particulière du corps qui expose singulièrement ceux qui en sont doués à l'engorgement et à l'induration sanguine du poumon, lorsqu'ils ont le malheur d'être attaqués de la fièvre intermittente; nous y trouvons encore une preuve de cette accumulation du sang dans les capillaires des viscères, que nous attribuons, avec les anciens, au frisson fébrile en général. Je veux parler de la faiblesse relative du centre de la circulation.

Il n'est rien de plus commun, dans la pratique de notre art, que d'être consulté par des personnes qui ont habituellement la respiration laborieuse, la marche pénible, surtout quand elles sont obligées de monter, et qui s'enrhument avec une extrême facilité. Ceux qui sont sujets à ces incommodités, sans qu'on puisse y voir la suite d'une maladie aiguë de la poitrine imparfaitement terminée, ou toute autre cause évidente, doivent être considérés comme affligés d'un vice de conformation incurable. Ce vice consiste dans une disposition anévrysmatique ou variqueuse des organes pectoraux. Il n'est pas toujours facile de distinguer l'une de l'autre; voici pourtant quelques données qui ne seront pas inutiles.

Ces deux dispositions appartiennent aux individus chez qui l'arbre circulatoire est gros, c'est-à-dire, qui ont habituellement les vaisseaux sanguins très-remplis et vivement excités. La structure anévrysmatique n'est relative qu'au cœur; il suffit que cet organe soit doué d'une ampleur et d'une épaisseur considérables relativement au reste du corps, pour qu'elle existe. Cet état se reconnaît par la force, la dureté et la fréquence du pouls, par la vivacité du coloris, par l'activité des fonctions, la résistance au froid, la vivacité et l'énergie de la contraction musculaire. Les hommes ainsi conformés ont les organes génitaux d'une activité surprenante; mais s'ils sont infatigables au lit, il s'en faut bien qu'ils le soient

dans les exercices pénibles. Bien que leurs muscles soient très-prononcés, on les voit haletant aussitôt qu'ils ont précipité leur marche, et ils se plaignent de palpitations (1).

Que ceux qui se reconnaîtront à ce tableau ne s'effraient pas d'abord. S'ils mettent de la modération dans toutes leurs passions, dans la colère surtout, et dans l'amour; s'ils évitent les excès de danse, et tous les efforts violens, ils pourront parcourir une longue et heureuse carrière. Je m'en suis convaincu en examinant, dans les troupes et dans la société, une foule d'individus de tous les âges, ainsi conformés; mais ils doivent redouter la fièvre intermittente, comme je le dirai bientôt.

La disposition variqueuse, qui a été long-temps confondue avec la précédente, en diffère pourtant essentiellement. Ce que le professeur Corvisart désigne sous le nom d'*anévrysme passif* s'y rapporte le plus souvent; mais je suis convaincu qu'il existe une disposition innée qui donne tous les résultats de cet anévrysme. Les individus chez qui elle se rencontre sont ordinairement moins forts que ceux dont je viens de parler. Ils peuvent être aussi favorisés d'un appareil musculeux très-puissant; mais on remarque bien souvent un cœur large, dont les pulsations se font

(1) Cet état est ce que l'on désigne aujourd'hui par les mots *hypertrophie du cœur*. On s'est beaucoup occupé de la nuance qui est ici dépeinte, depuis la première édition de cet ouvrage.

avec mollesse et avec une espèce de murmure et de frémissement, en plusieurs temps; un pouls mou et flexible, qui ne correspond point à la grandeur de la pulsation centrale; un coloris tirant vers le violet, une respiration étendue et sibilante. Ces personnes dilatent toujours largement la poitrine dans l'inspiration; elles n'ont point les passions ni les mouvemens aussi vifs que les précédentes; elles sont moins propres à la marche; elles ont cela de particulier, qu'elles s'enrhument facilement, et qu'elles ont de la peine à respirer dans tous les lieux où beaucoup d'hommes sont rassemblés, et dans les appartemens étroits. Elles ont assez facilement des attaques d'asthme et de suffocation (1).

A ces signes on peut reconnaître, non-seulement la largeur disproportionnée des oreillettes du cœur, mais aussi l'état variqueux de tout l'appareil veineux des gros viscères (2). Plusieurs autopsies m'ont démontré que des hommes affligés de ces infirmités n'avaient aucune dilatation dans le ventricule gauche, quoique souvent l'oreillette de ce côté fût agrandie. Le plus fréquemment

(1) On reconnaît ici l'anévrysme déjà formé; trop souvent il succède à l'hypertrophie: mille causes irritantes augmentent la nutrition du cœur, et ses pulsations deviennent plus vigoureuses; mais, à force d'être abreuvé de fluides, son tissu se ramollit, s'affaiblit, la systole perd de sa force, l'anévrysme est consommé.

(2) Cet état est alors consécutif.

je n'ai trouvé que la dilatation de l'oreillette droite, avec un certain arrondissement de la forme du cœur, dépendant de l'ampliation du ventricule droit, avec amincissement de ses parois.

Je dois encore avertir que, si l'on rencontrait tous les symptômes susmentionnés, le défaut de la largeur du cœur et l'absence des palpitations ne devraient pas détourner l'esprit de la diathèse variqueuse, si les autres signes existaient; car souvent la largeur de la poitrine est telle que le cœur n'est jamais forcé de venir s'appliquer contre ses parois. Il faut encore savoir que ces pulsations cessent d'être sensibles quand le sujet a perdu beaucoup de force. D'ailleurs, la disposition variqueuse peut être bornée aux rameaux veineux qui sont épanouis dans le parenchyme du poumon. J'ai bien souvent trouvé le poumon variqueux, versant du sang en abondance lorsqu'on y plongeait le scalpel, chez des sujets morts dans l'état qu'on appelle *asthmatique*, quoiqu'il n'y eût aucune dilatation des ventricules ni des oreillettes, et que le parenchyme fût par-tout perméable à l'air (1).

Je viens de présenter les signes isolés de la disposition à l'anévrysme du cœur, et de celle aux varices des oreillettes et des veines principales. On peut les trouver ainsi distingués parmi les per-

(1) S'il n'y a pas eu anévrysme dans ces cas, du moins il y a toujours eu obstacle au cours du sang.

sonnes qui passent pour se bien porter; mais aussi quelquefois ils se confondent, à raison de la combinaison des deux diathèses. La première surtout, ou l'anévrysmatique, ne manque presque jamais de rentrer dans la seconde lorsqu'elle a fait certains progrès.

De toutes les causes qui peuvent donner aux ventricules cette impulsion vers l'élargissement qui doit bientôt détruire tout équilibre, il n'en est point de plus efficace que les fièvres intermittentes. Or, quand elles ont agi pendant longtemps, les symptômes d'embarras de la circulation, que nous avons assignés aux varices, se prononcent d'une manière non équivoque. On dirait que les ventricules, tout larges qu'ils sont, ne peuvent suffire au passage de la masse en circulation. Si nous en recherchons la cause, nous la trouverons dans l'excès de leur propre dilatation, qui, comme nous l'avons expliqué plus haut, est toujours augmentée par l'accumulation des fluides dans les viscères pendant la période du froid, ou par l'obstacle que le resserrement des capillaires de la circonférence oppose à la progression du sang qui part des ventricules.

Il me semble que le resserrement étant toujours en proportion de la vitalité des capillaires qui l'éprouvent, il doit avoir son principal siége dans les capillaires artériels, je veux dire dans la portion du cercle circulatoire où le canal jouit de plus d'activité vitale; car, aussitôt que le capil-

laire s'élargit pour devenir veineux, il en a déjà beaucoup perdu. S'il en est ainsi, les capillaires des viscères doivent se resserrer, aussi-bien que ceux des parties extérieures.

Ainsi, par l'effet du frisson, la plus grande partie du sang serait tout-à-coup reléguée dans le système veineux, qui éprouverait une distension pernicieuse, tandis que le sang du système artériel serait violemment pressé entre deux puissances très-actives, en avant les capillaires convulsés qui lui fermeraient le passage, en arrière les ventricules qui seraient obligés d'augmenter d'énergie pour entretenir la circulation. Or, je demande actuellement s'il est surprenant qu'un cœur faible et anévrysmatique perde enfin, par la répétition des accès, la vigueur dont il a besoin, et que les veines intérieures, déjà disposées aux varices (1), deviennent assez faibles pour donner lieu à des engorgemens continuels.

L'irrégularité de la circulation qui en résulte nécessairement ne nuit ni à la digestion ni à l'absorption du chyle. L'individu a donc toujours les vaisseaux remplis. Cependant elle s'oppose à la parfaite assimilation, elle force le ressort des capillaires veineux et des absorbans généraux : de là l'hydropisie universelle, dont le docteur Corvisart a si bien développé le mécanisme. Mais tout cela

(1) J'ai rencontré les veines du pancréas énormément variqueuses à la suite d'irritations qui avaient été intermittentes.

demande du temps, et les fébricitans anévrysmatiques arrivent souvent très-brusquement à leur fin.

Les concrétions n'y pourraient-elles pas concourir ? Je sais que la fièvre peut, sans leur secours, surcharger en peu d'instans les cavités du cœur d'un sang qui les accable et les paralyse, que la stagnation qui en résulte peut être funeste au cerveau, et enchaîner son influence par différentes nuances d'apoplexie. Mais les concrétions des ventricules n'ont-elles pas elles-mêmes beaucoup de part à ces phénomènes? Je tiens cette idée du savant professeur qui nous a rendus familiers avec les maladies du cœur. J'ai souvent entendu dire au docteur Corvisart que certaines concrétions du cœur étaient trop bien organisées pour qu'on pût se refuser à croire qu'elles ne fussent pas antérieures à la mort.

Raisonnant ensuite sur ce que j'observais, je me suis dit : presque tous les hommes qui sont morts après de longues fièvres intermittentes, dans un état de bouffissure, et qui, durant leur vie, avaient plutôt les symptômes qu'on appelle d'*hydropisie de poitrine*, que ceux de la phlogose de cette cavité, m'ont offert des cœurs arrondis et souvent entièrement obstrués par des concrétions très-bien organisées ; il fallait que, pour entretenir la circulation durant les dernières heures, le sang passât de côté et d'autre de la masse concrétée. Je suis d'autant plus porté à le croire, que jamais je ne vois de concrétions blanches bien

organisées chez les sujets qui n'ont eu la respiration laborieuse que pendant l'agonie; leur cœur ne me présente que des caillots rouges, où je n'aperçois qu'un commencement d'état fibreux et celluleux. Je ne saurais donc me refuser à croire qu'il est possible de vivre quelques jours avec un cœur à moitié obstrué par des concrétions.

On sent qu'il est impossible de déterminer avec précision combien de temps cet état est compatible avec l'existence. Ayant observé de près mes anciens fébricitans, chez qui la toux et la dyspnée, sans chaleur, avaient été successivement augmentées par la répétition des accès; ayant touché leur cœur dans les momens de leurs plus vives angoisses, j'ai senti que cet organe n'éprouvait que de légers frémissemens, qu'il ne frappait point énergiquement les côtes, que son volume paraissait éprouver peu de variation; je remarquais encore un pouls petit, faible, et une artère dont le volume et la forme étaient toujours les mêmes. A ces signes j'ai reconnu l'embarras de la circulation, provenant de l'affaiblissement du cœur, et j'ai cru que la formation des concrétions contribuait beaucoup aux suffocations et à l'hydropisie.

Quelquefois la difficulté de sentir les battemens m'a privé des signes les plus certains. Quand les sujets ont une vaste poitrine, quand on ne peut les observer qu'à une époque où l'épaisseur des tégumens a été augmentée par l'oedême, on est réduit aux conjectures sur la cause de la dyspnée;

il faut alors se rappeler les signes de la phlogose catarrhale : s'ils n'existent point, si ceux de la pleurésie chronique manquent également chez un sujet que la fièvre intermittente a long-temps tourmenté, si l'on ne peut attribuer la langueur des fonctions à une inflammation des organes gastriques; si, surtout, la respiration est élevée, étendue, asthmatique, on peut présumer que la fièvre a détruit le ressort des organes, et produit une diathèse *anévrysmatico-variqueuse* (1).

Or, si de pareils malades succombent, on leur trouve ordinairement le cœur arrondi et plein de caillots blancs organisés, ou des poumons variqueux et prodigieusement saignans.

Je vais rapporter un des faits de ce genre qui m'a le plus frappé.

XIVe OBSERVATION.

Fièvre rémittente, quotidienne tierce, avec anévrysme du cœur.

Le nommé Brossard, âgé de vingt-quatre ans, très-blond, teint coloré, peau blanche, poitrine large, corps charnu et très-chargé de tissu cellulaire, entra à l'hôpital d'Udine le 22 octobre 1806, attaqué de la fièvre depuis quatre jours. Elle me

(1) Je considère aujourd'hui ces maladies comme des anévrysmes déjà formés.

parut d'abord rémittente. Comme le froid était long et considérable, je la crus dangereuse. L'apparence robuste du malade n'étant point confirmée par la vigueur du pouls, je crus devoir me dispenser des évacuations sanguines, et j'eus sur-le-champ recours aux préparations d'opium. C'était alors le seul médicament qui me réussît, la disposition à la phlogose gastrique étant commune à presque tous les fébricitans (1).

Les accès diminuèrent peu à peu. Vers le huitième jour du traitement, ils ne venaient plus qu'en tierce, et le froid avait perdu de son intensité. Il resta une douzaine de jours ainsi, faisant espérer la guérison et ayant très-grand appétit.

Cependant, l'état de la poitrine m'alarmait. J'observais toujours toux profonde, bouillonnante ou *sibilante*, avec rougeur, lividité et gonflement de la face; peu d'expectoration; pouls habituellement mollasse, changeant à peine de forme, ne faisant point sentir une systole vive. Le soir, il était roide, et la peau avait quelque chaleur. La main, pressée sur la région du cœur, sentait des battemens assez larges, mais profonds.

Le vingt-septième jour au matin, je trouvai Brossard avec la respiration élevée, accélérée, râlante, convulsive, la face tuméfiée et violette, le pouls roide et fréquent, la peau brûlante.

---

(1) Aujourd'hui j'appliquerais des sangsues à l'épigastre.

Quoique j'entrevisse la cause de sa mort, je n'osai, je l'avoue, le faire saigner; je craignis qu'une perte de sang n'achevât de paralyser le cœur. Je me contentai de lui faire appliquer plusieurs vésicatoires; d'abord sur la poitrine, ensuite aux cuisses. Les potions éthérées et le kermès furent prescrits soit comme anti-spasmodiques, soit comme évacuans des mucosités, et propres à solliciter les sécrétions séreuses (1); en un mot, le traitement du catarrhe chronique dit *humoral*. Il expira le vingt-neuvième jour, après une très-laborieuse agonie.

Autopsie.

Habitude. Légère infiltration générale, muscles gros, nullement émaciés. *Tête.* Tout en bon état. *Poitrine.* Cavité thoracique très-vaste, poumon droit collé par-tout par des productions cellulaires, courtes et très-bien organisées, gonflé, très-engorgé, et répandant beaucoup de sang vermeil à la coupe. Il était néanmoins par-tout un peu crépitant; poumon gauche libre, moins engorgé. *Cœur.* Volumineux, arrondi, ayant les deux oreillettes, et surtout la droite, dilatées et remplies, ainsi que les ventricules, de concrétions blanches très-bien organisées, représentant la chair d'orange, lesquelles tenaient les quatre

(1) Je me garderais bien aujourd'hui d'employer de pareils moyens.

cavités dans un état de dilatation permanente. — Ces concrétions se prolongeaient dans tous les gros vaisseaux; mais elles finissaient par la couleur rouge; les cavités droites beaucoup plus vastes que les gauches. *Abdomen.* La muqueuse gastrique un peu rosée. Quelques points enflammés isolés (1) dans toute la longueur du canal intestinal. Le foie très-volumineux et très-sanguin, la rate petite.

J'ai choisi cet exemple au milieu de plusieurs autres, parce que, déjà instruit par ceux qui m'avaient frappé auparavant, j'ai pu reconnaître la maladie avant la catastrophe, l'observer avec l'intention d'y découvrir tout ce qui est propre à l'anévrysme, et, d'ailleurs, parce qu'elle est sans mélange; car la rougeur gastro-intestinale n'est point la cause de la mort (2).

Je ne prolongerai point cet article par d'autres histoires d'anévrysmes compliqués de fièvre; mais je relaterai encore un fait bien propre à démontrer que le frisson, de quelque manière qu'il agisse, engorge les viscères, si la force de réaction est languissante.

Un militaire dans la force de l'âge, et d'une

---

(1) Une rougeur par engorgement passif eût été universelle dans la muqueuse. Il y avait donc gastrite.

(2) Mais elle y a concouru.

conformation vraiment athlétique, était à l'hôpital de Bruck en Stirie, plutôt pour se reposer que pour se faire guérir. Je le reconnus affecté d'anévrysme du cœur; mais le bon état des fonctions me fit penser que la maladie n'était pas fort avancée. Il me semblait que cet homme avait encore long-temps à vivre, surtout s'il parvenait à se soustraire aux fatigues de la vie militaire.

L'hôpital fut évacué. Ce malade, immobile sur une charrette, fut exposé, pendant plusieurs jours de suite, à l'impression d'un air humide, glacé, au milieu des montagnes et dans des chemins couverts de neige. Il sentit peu à peu sa respiration s'embarrasser. Arrivé à Laybach, il avait une orthopnée violente, le visage violet; il toussait sans cesse, crachait le sang avec abondance, et paraissait privé de toute énergie. Il expira, malgré tous les excitans révulsifs que je pus mettre en pratique. La saignée, qui, placée à temps, aurait pu le soulager, ne fut point essayée, parce qu'il était déjà à moitié asphyxié lorsque je pus faire la visite des malades nouvellement arrivés.

L'ouverture de son cadavre me fit voir un cœur vaste, rempli de caillots à demi organisés; un poumon fort engorgé sans être hépatisé; et tous les viscères me parurent extraordinairement injectés, comme des éponges imbibées de sang. — Hasarderai-je trop en avançant que cet homme a succombé par le même mécanisme que le fébricitant dont on vient de lire l'observation?

On ne saurait donc désormais se dispenser de convenir que les sujets *anévrysmatico-variqueux* (1) sont au nombre de ceux que la fièvre intermittente peut le plus aisément immoler par l'engorgement, soit prompt, soit lent, des grands viscères ; mais ils ne sont pas les seuls. Quelques malades doués d'un équilibre parfait sont tellement usés par les répétitions des accès, qu'ils y succombent sans que l'examen de leur cadavre fasse apercevoir aucune phlogose, et sans dilatation du centre de la circulation. Les capillaires des viscères paraissent seuls avoir perdu leur ressort. J'en pourrais donner bien des preuves (2). Dans d'autres sujets, on ne remarque même pas de dilatation dans le système capillaire sanguin intérieur : on peut dire alors que la mort n'est due qu'à l'épuisement. Je vais en produire un exemple, comme d'un fait très-rare, afin de mieux faire ressortir les cas de complications qui, contre l'opinion de bien des médecins, sont encore les plus communs, surtout dans les pays où il y a des vicissitudes atmosphériques brusques et fréquentes.

---

(1) C'est-à-dire véritablement anévrysmatiques.

(2) Aujourd'hui ces preuves ne me paraissent pas péremptoires. Je ne connaissais pas encore assez à cette époque les traces des phlegmasies.

XVe OBSERVATION.

Fièvre quotidienne, hydropisie générale par épuisement.

Allain, homme de trente ans, Allemand, comme le précédent, membres charnus, poils châtains, peau blanche, poitrine large, mais gras et mou, et portant sur sa physionomie les signes d'une constitution usée prématurément, avait, depuis près d'un mois, la fièvre intermittente quotidienne, lorsque je le reçus à Udine, en décembre 1806, par l'évacuation d'un autre hôpital. J'observai d'abord de la toux, mais sans crachats; dyspnée; mais rien de sensible à la région du cœur; défaut d'appétit, une légère diarrhée et un léger degré de leucophlegmatie; couleur d'un jaune pâle, assez rapprochée de celle de la paille. Il ne dormait point; il faisait entendre des plaintes continuelles; en un mot, il paraissait souffrir de par-tout; mais il ne désignait aucun point plus douloureux que le reste.

Il me fallait un examen ultérieur pour porter un diagnostic; j'y parvins sans peine. Un régime léger et le vin d'opium, avec des boissons adoucissantes, calmèrent promptement tout cet appareil de souffrances. Depuis lors Allain ne savait plus de quoi se plaindre; mais il était débile, et l'œdême ne se dissipait point, quoique je cher-

chasse à provoquer l'absorption par l'usage modéré des scillitiques et de tous les excitans, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Ce traitement avait emporté la fièvre. Allain me paraissait dans le cas d'espérer sa guérison, lorsqu'un matin, vers le trente-unième jour, je le trouvai dans un état de jaunisse très-considérable.

Je ne pouvais que persister dans mon plan de conduite; j'y joignis encore le vésicatoire sur la région du foie.

Cependant le malade ne fut point soulagé; son anxiété revint un peu; de temps à autre il avait des retours d'accès fébriles, remarquables par l'intensité du froid. L'ascite se prononçait, les membres se tuméfiaient, les urines étaient presque nulles. Le quarante-cinquième jour, il eut un violent frisson qui dura plus de douze heures, ensuite une chaleur assez marquée, puis retour du frisson, suppression totale de l'urine, par l'énorme infiltration du prépuce; anxiété cruelle. Je fis faire le soir des mouchetures à la verge, qui procurèrent beaucoup d'urine, et un calme profond le reste de la nuit, pendant lequel il cessa très-paisiblement d'exister.

Autopsie.

Les trois cavités n'offraient aucune trace de phlogose. Le cœur était petit, le foie était plus petit que gros, la vésicule très-gonflée, l'estomac

forte vaste, quelques tubercules secs, très-petits, dans la partie supérieure des lobes pulmonaires; le parenchyme sain, à peine quelque induration autour de quelques-uns des tubercules. La cavité pectorale, quoique très-vaste, ne laissait que peu d'espace aux poumons, à cause de l'accumulation considérable de la sérosité du bas-ventre (1).

C'est sans doute cette violente pression qui avait diminué le foie. L'ampleur du ventricule me fit soupçonner que le malade n'avait pas été sobre. Les informations que je fis prendre me convainquirent que, depuis la jaunisse, il s'était procuré des alimens autant qu'il avait été en son pouvoir; son appétit l'y engageait, et d'ailleurs il espérait se fortifier par ce moyen.

C'est à la gourmandise de ce malade qu'il convient d'attribuer la violence de l'anxiété, les accès irréguliers de fièvre, les progrès de l'œdème, et certains retours de diarrhée qui cessaient quand il était sobre.

J'ai toujours remarqué que la diarrhée indépendante de la phlogose du colon cédait sans peine à la diète secondée par une potion tonique

---

(1) Cet homme, qui me semblait alors sans phlegmasie, avait une pneumonie et une gastro-entérite chroniques; mais l'habitude des autopsies et des comparaisons entre les différens degrés d'ancienneté des phlegmasies me manquait.

et anodine; et qu'en même temps les douleurs partielles et le malaise général disparaissaient, s'ils n'étaient dus qu'à la débilité. Ceci ne doit pas nous surprendre; nous savons que le chyle trop abondant et mal élaboré est aussi fatigant pour l'intérieur de nos tissus, que les alimens imparfaitement digérés le sont pour la surface papillaire des voies gastriques.

Ainsi, nous avons un moyen de présumer le défaut d'affection locale dans tout cas analogue à celui-là; moyen qui, sans doute, est applicable à beaucoup d'autres : c'est la sévérité du régime et les médicamens négatifs, présentés cependant à l'estomac de manière qu'ils n'y causent pas ce malaise particulier qui dépend de la faiblesse et du relâchement. Quand une douleur locale continue de troubler l'économie malgré ces précautions, je dis qu'il existe dans la partie un mouvement de même nature que la phlogose (1).

Quand le calme est rétabli par cette méthode, il faut observer s'il est de quelque durée, et se rappeler les signes des différentes maladies chroniques. Si on ne les peut apercevoir, et que le calme persiste jusqu'au moment de l'impression d'un nouveau stimulus qu'on peut suivre de l'œil, comme les alimens, les médicamens, les passions, il y a tout lieu de croire que le sujet que l'on voit

---

(1) Je commençais à pressentir le rôle de l'irritation dans la pathologie.

affecté d'une maladie chronique ne la doit qu'à l'épuisement de ses forces (1).

J'ai cru qu'il était utile de disserter un peu sur l'absence des affections locales dont la connaissance est l'objet de ce travail, afin de mieux signaler leur présence; mais c'est à rapprocher les cas d'irritations sanguines chroniques du parenchyme pulmonaire que je dois maintenant m'occuper, afin d'arriver à l'histoire générale de cette maladie.

La plupart des faits rapportés dans ce chapitre offrent des exemples d'une induration rouge de la substance pulmonaire. Cette induration a toujours été l'effet d'un point d'irritation qui a existé pendant un temps plus ou moins long. Ce point d'irritation a pris naissance dans les capillaires de la muqueuse, mais de deux manières : quelquefois tout le tissu de cette membrane a été attaqué en même temps. Nous avons vu peu d'exemples de ce début, parce que nous n'avons point insisté sur l'étude de la péripneumonie aiguë : au contraire, nous avons observé que, né dans les capillaires des glandes muqueuses, le point d'irritation ne s'est que trop souvent propagé, d'abord dans toute la membrane, d'où il a par suite envahi le parenchyme. Arrivé à sa dernière période, il a trans-

---

(1) Tout cela n'exclut pas mais suppose l'irritation des principaux organes.

formé tout le poumon en une masse rouge, composée, autant que les sens peuvent nous en convaincre, de vaisseaux de toute espèce, remplis d'un sang coagulé. La mort n'est arrivée qu'au bout d'un certain temps, pendant lequel plusieurs désordres, toujours fondamentalement les mêmes, ont existé. Nous devons maintenant présenter le tableau de ces désordres, afin qu'à leur aspect le médecin, qui n'a pas encore l'organe pulmonaire sous les yeux, puisse se rappeler nos observations, et reconnaître la nature de la lésion pulmonaire.

HISTOIRE GÉNÉRALE DU CATARRHE ET DE LA PNEUMONIE.

Étiologie et développement.

Comme toutes les péripneumonies peuvent passer à l'état chronique, et que tout catarrhe peut être assez exaspéré pour dégénérer en péripneumonie, les causes qui prédisposent à ces deux phlegmasies exposent aussi les malades à l'induration chronique; mais nous ne devons pas pour cela les confondre avec celles qui favorisent directement cette induration, et ce sont celles-là qu'il faut étudier.

Il paraît, d'après mes observations, que la prédisposition à l'induration chronique du poumon consiste principalement dans la faiblesse de la cir-

culation capillaire générale (1), dans la facilité avec laquelle la fonction expiratoire de la peau est supprimée, et dans une certaine disposition varicoso-anévrysmatique du tissu du poumon et des gros vaisseaux, qui se marque par la toux et par une dyspnée habituelle avec coloration veineuse de la face. Il m'a semblé que les hommes le plus heureusement constitués peuvent devenir les victimes de cette maladie, lorsqu'étant dans un état de faiblesse, ils sont attaqués d'une inflammation de l'organe pulmonaire. Toutes les maladies peuvent concourir avec l'abus des matériaux de l'hygiène à établir cette débilité, et lorsqu'elle existe, les causes d'inflammation agissent avec plus d'efficacité.

Ces causes sont très-multipliées ; je les partage en deux séries : 1°. les premières sont les causes immédiates, ou qui excitent le poumon par une stimulation dirigée sur son tissu : ici viennent se ranger : a, *toutes les influences extérieures, ou les irritations mécaniques ou chimiques dont la source est hors de l'individu* : tels sont les coups, les chutes, l'inspiration des gaz malfaisans, des corps étrangers, d'un air brûlant, etc. ; b, *toutes les irritations directes, mécaniques ou chimiques, dont la source est dans l'individu* : les courses forcées,

---

(1) En effet, je continue d'observer que la faiblesse rend la rupture de l'équilibre plus facile et les phlegmasies plus aisées à produire.

les cris violens, la suspension de la respiration pendant les efforts, etc. Toutes ces causes exercent sur le tissu du poumon, et principalement sur la membrane muqueuse, qui en est la portion la plus excitable, une action irritante immédiate, qui tend manifestement à y faire naître et à y entretenir la phlogose.

2°. Il en est d'autres dont l'action première n'agit point sur le poumon, mais plutôt sur les organes qui ont avec lui une correspondance très-active. Le poumon est forcé sympathiquement, et comme pour suppléer aux fonctions d'un autre appareil, à une action extraordinaire qui, par son excès, dégénère en phlogose.

Rendons cette assertion plus positive, en étudiant les effets du froid sur l'organe de la respiration.

Toutes les fois que la température de l'air ou de l'eau vient à diminuer autour de l'homme, qui, d'ordinaire, baigne dans ces fluides, la peau se refroidit, ses évacuations cutanées diminuent, le sang est en moindre quantité dans l'organe cutané, dans le tissu cellulaire et dans les membres; il abonde dans la muqueuse pulmonaire, ce qui est démontré par un sentiment de plénitude qu'on éprouve en inspirant, dans la poitrine; l'exhalation et la sécrétion muqueuse y sont augmentées. Si, après la cessation de la cause, l'équilibre n'est pas rétabli, l'homme a une irritation morbifique dans la membrane des bronches.

Si cette irritation ne donne d'autre indice de son existence qu'un vice de la sécrétion muqueuse, elle est dite *catarrhe ;* si elle se fait connaître par un trouble violent de la circulation joint à l'altération de la sécrétion muqueuse, on l'appelle *pneumonie.*

Le refroidissement du milieu dans lequel l'homme est plongé n'est pas l'unique cause qui soit en état d'imprimer sympathiquement aux mouvemens organiques la direction qui produit l'inflammation pulmonaire. Le frisson du début d'une fièvre continue, le même frisson, répété à des intervalles différens, selon le type, dans les fièvres intermittentes ; celui qui est causé par l'impression d'une boisson froide sur l'estomac ; celui de la terreur et de toutes les passions assez fortes pour le produire ; en un mot, tout ce qui fait rapporter à la peau le sentiment de froid, peut provoquer dans les capillaires de la muqueuse bronchique le mouvement qui constitue l'inflammation. Souvent même on s'enrhume ou l'on devient pneumonique sans avoir éprouvé la sensation du froid : il suffit que la peau ait été *décalorisée* et les capillaires extérieurs resserrés. Une fraîcheur agréable a souvent enfanté une péripneumonie mortelle.

Je n'ai rien avancé jusqu'ici dont je n'aie des exemples. Combien de fois n'ai-je pas vu des malades tousser, pour la première fois, après un frisson fébrile ! J'ai connu plusieurs personnes sen-

sibles qui se sont enrhumées pour avoir eu peur. Celui qui observe attentivement les hommes ne sera pas long-temps à vérifier tout ce que j'indique ici.

Les causes de l'inflammation aiguë étant connues, voyons comment elle se comporte, afin de nous expliquer pourquoi elle devient chronique.

Quand une inflammation pulmonaire n'a pas été assez intense pour se terminer par la mort, le malade court plusieurs chances. 1°. S'il est robuste et qu'il y ait chez lui de l'équilibre, il peut se rétablir, la cause ayant cessé; il le peut même la cause persistant, parce qu'il s'habitue à l'impression du froid, qui finit par ne plus déranger ses fonctions. La faculté de s'habituer aux impressions est un des principaux priviléges de l'homme: s'il n'en jouissait pas, une armée serait bientôt détruite. 2°. La deuxième chance est de rester dans l'état chronique, et voici ce qui peut l'entretenir: *a*, un foyer purulent (je n'en ai pas d'exemple)(1); *b*, des tubercules (je m'en occuperai ailleurs); *c*, une induration rouge, qui s'étend d'un noyau central à la circonférence, avec ou sans altération de la séreuse. Tâchons de bien assigner les causes de cette propagation : c'est sur leur connaissance que repose fondamentalement la doctrine curative.

---

(1) J'en possède maintenant.

Nous avons dit que la cause de l'induration sanguine chronique que nous avons observée parmi les militaires était le froid ; mais ce n'est pas assez, il faut rendre compte des circonstances qui font que l'action du froid se continue.

Dans l'état civil, l'homme peut se procurer des secours hygiéniques qui favorisent la prompte et heureuse terminaison des catarrhes pulmonaires : aussi le catarrhe ne devient-il guère funeste qu'aux personnes d'une constitution phthisique ; j'ignore s'il se termine souvent par induration chronique, ne connaissant aucun travail *ex professo* sur ce sujet. Dans le militaire, l'existence de l'homme est bien différente ; les soldats, en général, ne sont point assez vêtus, ils couchent deux à deux, et ne viennent à l'hôpital que quand ils n'ont plus la force de faire leur service. Lors donc qu'un homme dont les poumons sont faibles a contracté un catarrhe, le froid, auquel mille causes ne cessent de l'exposer, suffit pour le renouveler ; mais c'est surtout le froid de la nuit qui perpétue les catarrhes. Il est impossible que deux hommes qui couchent dans un lit de caserne soient toujours exactement couverts ; la petitesse des couvertures, l'étroitesse des lits, font que l'un des deux passe souvent une partie de la nuit à moitié découvert : or, rien n'enrhume autant que le froid partiel pendant le sommeil.

Les soldats sont-ils à l'hôpital, ils ont froid en se

levant pour satisfaire leurs besoins ; ils ont froid faute de fournitures suffisantes (1); ils ont froid par le voisinage des fenêtres que la nécessité de renouveler l'air des salles oblige de tenir souvent ouvertes; enfin ils ont froid en se retournant dans leurs lits, où ils restent tout le jour sans s'habiller, parce qu'une simple chemise ne suffit jamais pendant l'hiver à un homme dont la poitrine est délicate.

Le malade est-il sorti, les causes qui avaient provoqué la maladie reprennent leur empire.

Mais si un militaire ainsi exposé aux rechutes est obligé de faire une route forcée, le premier froid dont il sera saisi dans le repos engorgera le poumon avec d'autant plus de facilité, que la force expansive vient d'être anéantie par l'effort de la marche. Malheur à celui qui, après une journée pénible, est pénétré par un froid humide pendant qu'il se laisse aller au sommeil ! Au lieu d'y puiser de nouvelles forces, il en rapportera le germe de la mort.

C'est ainsi que se sont entretenus les catarrhes chroniques dont nous avons contemplé la funeste terminaison ; c'est pour avoir été modifiés de la sorte que les hommes emportés par la fièvre d'hôpital, durant la campagne d'Allemagne de 1806, ont succombé avec une induration du poumon.

Il me paraît encore extrêmement probable que

---

(1) Il faut entendre dans les hôpitaux temporaires.

la terminaison par induration est favorisée par la débilité. Les hommes très-robustes sont ceux qui ont guéri avec le plus de facilité; ceux d'un tempérament sanguin ont vu céder plus promptement les symptômes les plus violens, et ont été moins sujets aux rechutes; les sous-officiers ont rarement langui dans le catarrhe, à moins qu'ils ne fussent phthisiques. Ajoutez à cela que, dans la vie civile, la maladie dont nous parlons est plus rare, et vous conviendrez qu'une nourriture abondante et riche concourt autant que la chaleur à diminuer la fréquence et le danger du catarrhe, aussi-bien que de la péripneumonie.

Toutes les autres causes, soit médiates, soit immédiates, qui provoquent la phlogose dans le tissu du poumon, peuvent aussi l'entretenir, et donner lieu à l'induration chronique que je désigne par le nom général de *catarrhe pulmonaire chronique*, quelle qu'ait été la violence de la phlegmasie dans son début (1).

Progrès et terminaison du catarrhe chronique.

L'induration chronique du parenchyme pulmonaire se fait dans le calme des grands mouvemens organiques. Mais toute cause irritante peut faire

(1) Toutes les fois que les traces de phlegmasie s'étendent au-delà de la muqueuse, il y a pneumonie; mais elle est presque toujours un effet du catarrhe.

renaître les premiers orages. Après sept, douze, quatorze jours de fièvre, la circulation devient calme, la chaleur est naturelle, l'appétit renaît, le teint se rafraîchit, les forces promettent un prompt retour. Il ne reste qu'une toux peu fatigante durant le jour, qui redouble la nuit. Le plus souvent elle est sèche et râpeuse : cependant on crache quelquefois beaucoup. — Dans cet état, le malade vaque à ses affaires pendant quinze jours ou un mois. Mais enfin, en revenant sur lui-même, il s'aperçoit qu'il perd ses forces au lieu d'en acquérir, que sa respiration devient pénible en montant. Si le médecin l'observe, il remarque une légère accélération du pouls et une rougeur des pommettes vers le soir; insensiblement le teint devient pâle et jaunâtre, couleur de paille, la face se bouffit, les pieds s'œdématient, les forces diminuent. Tous ces symptômes vont en se prononçant; la toux surtout rend les nuits très-pénibles (1).

Cependant le malade ne perd jamais l'espoir, et comme, en approchant de sa fin, sa faiblesse ne lui permet plus autant d'exercice et de nourriture, il est calme et sans souffrances. Enfin, après six semaines, deux mois, trois mois, et même quatre, il s'infiltre tout-à-coup et périt subitement. Sa mort arrive de deux manières : 1°. s'il a langui

---

(1) L'épreuve de la percussion indique la pneumonie par un son mat ou *vice versâ*.

long-temps, c'est-à-dire s'il s'est astreint à une vie sobre et tranquille, il expire tout-à-coup et presque sans agonie; 2°. s'il a commis quelques intempérances ou des indiscrétions quelconques, il meurt souvent dans un mouvement fébrile violent, avec le retour des symptômes du début ou d'une péripneumonie.

Irrégularités. — Elles viennent du genre de vie. Cet état de dépérissement, lent et apyrétique, peut être interrompu par des récidives de l'état aigu; récidives dont le caractère est de se dissiper par les moyens dits *anti-phlogistiques*. Il faut remarquer que chaque retour de l'effervescence laisse le malade plus faible qu'auparavant, et que plus il en a essuyé, moins la maladie a de durée. Si l'on percute la poitrine, on trouve un son obtus vis-à-vis l'endroit endurci : c'est en arrière surtout qu'il faut tenter cette expérience.

Complications. — Elles peuvent se rencontrer dans le commencement et pendant les progrès du catarrhe, ou bien l'accompagner pendant toute sa durée.

1°. *Dans le commencement.* — C'est souvent une fièvre soit continue, soit intermittente. Quand le catarrhe lui doit son origine (1), il ne débute point comme nous l'avons indiqué; on ne le reconnaît que par les signes de l'état chronique.

---

(1) Si la fièvre ne dépend pas du catarrhe, elle dépend d'une autre phlegmasie qui peut le précéder, et même le

2°. *Pendant le progrès.* — Une fièvre continue survenue durant l'existence du catarrhe chronique, surtout à une époque peu avancée, peut se terminer seule et laisser cette maladie continuer ses progrès; si elle surprend le malade plus tard et déjà affaibli, elle le tue inévitablement, et diminue ainsi la durée du catarrhe. Autant en font les inflammations de l'abdomen, à moins qu'elles ne prennent le caractère chronique du catarrhe jusqu'à la fin de la vie, qu'elles abrègent nécessairement. La fièvre intermittente qui vient compliquer un catarrhe chronique le rend funeste; mais elle se dissipe quelque temps avant la mort.

3°. *Pendant toute sa durée.* — Il n'y a que les inflammations chroniques des autres viscères qui, nées quelquefois sous l'influence des mêmes causes, marchent simultanément, et se terminent par la destruction entière de l'organisme.

Traitement.

Nous avons signalé, en faisant l'histoire du catarrhe chronique, une des causes les plus puissantes de la destruction de nos armées dans les pays du Nord. Il nous est pénible d'être obligés d'avouer que nous avons trouvé la très-grande majorité de ces maladies incurables, lorsqu'elles

---

provoquer par la voie des sympathies; enfin elle peut céder en le laissant seul.

avaient dépassé une certaine époque. Nous n'avons réussi que chez un bien petit nombre à triompher d'un catarrhe véritablement chronique, surtout s'il y avait eu quelques récidives de mouvement fébrile, tant que nous n'avons pu soustraire les malades à l'impression du froid. Mais à peine les chaleurs sont-elles devenues plus continues, à peine les circonstances ont-elles permis de procurer aux malades des alimens et des vins de meilleure qualité, des locaux plus secs et mieux fermés, que nous avons vu guérir un grand nombre de sujets affectés de catarrhes qui nous semblaient déjà dans l'état chronique. Nous n'avons plus perdu, dès-lors, que ceux qui étaient déjà infiltrés, et ceux chez qui un germe tuberculeux latent a développé la phthisie pulmonaire.

Que de motifs pour oser espérer de diminuer le nombre des catarrhes et des péripneumonies chroniques par un traitement rationnel de l'état aigu! Quelques faits même nous autorisent à penser, sinon qu'on peut arrêter et faire rétrograder l'induration, du moins qu'il est certains catarrhes chroniques fort alarmans qui peuvent être avantageusement modifiés par les moyens diététiques et pharmaceutiques.

Je m'occuperai d'abord du traitement de l'état aigu; puis, en proposant les secours qui me paraissent les plus appropriés au catarrhe chronique confirmé, je rapporterai les guérisons des toux rebelles dont la cause m'a semblé le plus en rap-

port avec les indurations chroniques dont j'ai donné l'histoire.

Traitement de la phlogose aiguë de la membrane muqueuse et du parenchyme pulmonaire.

Empêcher qu'un catarrhe aigu ne devienne chronique, c'est guérir le catarrhe. Il en est ainsi de la péripneumonie. Quoiqu'aucun sujet n'ait plus occupé les médecins que ce traitement, nous allons essayer de le réduire en principes fondamentaux.

Modérer l'effort du système sanguin, s'il est outré, par la saignée générale et locale, par les boissons mucilagineuses et aqueuses un peu acidulées, et par l'abstinence des alimens ; favoriser doucement la transpiration et diriger les mouvemens vers l'extérieur par les topiques émolliens dans la violence de l'éréthisme, par les rubéfians et les vésicans lorsque la réaction vasculaire et l'activité du système nerveux diminuent, telles sont les indications générales qui s'offrent à remplir dans le début des inflammations sanguines de l'organe pulmonaire.

Aussitôt que l'expectoration blanche et épaisse annonce la résolution ou l'excrétion qui se décharge dans les bronches, on combine les toniques (1) aux émolliens, on permet les alimens, et

(1) Les toniques pharmaceutiques sont nuisibles. Aujourd'hui je trouve de l'avantage à m'en abstenir. Les alimens du règne animal, le bouillon surtout, et un peu de vin, suffisent

l'on ramène peu à peu le malade à son genre de vie accoutumé.

La plupart des inflammations de poitrine arrivent doucement à la résolution, et se guérissent avec ces moyens simples et peu actifs. Mais quand le malade est dans un état d'épuisement, après la chute de la réaction, l'expectoration épaisse résolutive n'a pas lieu, ou elle se prolonge trop. Ainsi, l'état chronique peut s'établir sous deux formes : 1°. avec toux sèche ou crachats rares et transparens ; 2°. avec expectoration muqueuse épaisse, opaque, abondante.

Quand on craint que la débilité ne procure l'un ou l'autre état, il faut nourrir convenablement les malades, observant qu'ils mangent peu le soir, leur donner du vin rouge et quelques préparations toniques : la décoction de quinquina affaiblie avec un mucilage m'a toujours paru l'emporter sur toute autre (1).

En même temps qu'on travaille à maintenir les forces dans un juste équilibre, il faut s'étudier à écarter toutes les impressions qui peuvent amener le refroidissement des parties extérieures, leur resserrement, le spasme de la peau, ce-

---

pour rétablir très-promptement les forces, tandis que le kina et les amers peuvent produire une gastrite ou déterminer le retour de la phlegmasie pectorale.

(1) Par ce qu'elle irrite moins; mais depuis que j'ai osé m'en abstenir, j'ai encore obtenu des succès plus marqués.

lui des muscles et des viscères ; car souvent le catarrhe pulmonaire qui touche à sa fin est renouvelé par la continuation de l'action de la cause qui l'a produit : ainsi, 1°. par un appartement convenablement échauffé, on donnera à l'atmosphère ambiante une température qui favorise les évacuations cutanées ; 2°. par des vêtemens chauds, et surtout par un gilet de laine, on maintiendra la peau dans un excitement modéré : les douces frictions sont fort indiquées, mais il ne faut pas que le froid s'empare ensuite du malade ; 3°. par des passions gaies et douces, et en empêchant tout trouble violent, soit moral, soit physique, comme les courses, les efforts, etc., on préviendra le spasme des parties extérieures et les concentrations sur les viscères qui reconnaissent pour cause des mouvemens nés dans l'individu et indépendans des *circumfusa*. Il est toujours imprudent de chercher à exciter la sueur par des moyens perturbateurs ; mais si elle paraît spontanément, il faut la favoriser par des boissons légèrement expansives et diaphorétiques, sans s'étudier à l'augmenter ni à la prolonger (1).

Si la fièvre intermittente existe, la guérir est un point important, puisqu'elle renouvelle les frissons et les congestions viscérales. Nous ne

---

(1) Il n'y a que trop de sueur dans les phlegmasies pectorales : il suffit de couvrir la peau de laine pour entretenir son action ; mais l'usage interne des sudorifiques est dangereux.

pouvons ici nous permettre aucun détail sur ce traitement ; nous nous contenterons d'avertir le praticien qu'il doit, avant de prodiguer les fébrifuges, examiner s'il n'y a pas moins de danger à laisser durer le catarrhe, qu'à charger l'estomac de substances irritantes, et à arrêter trop tôt l'explosion des mouvemens fébriles. (*Voyez* la seconde partie, *Traitement des Phlogoses chroniques de la muqueuse gastrique.*)

Traitement de la phlogose chronique de la muqueuse et du parenchyme pulmonaire qui menace d'induration rouge.

Si le traitement de l'état aigu a été négligé ou insuffisant, et que le catarrhe ou la péripneumonie soit décidément chronique, le médecin se voit forcé de recourir à des moyens plus énergiques, ou, du moins, d'agir continuellement en appliquant à l'économie des médicamens qui l'influencent assez pour intervertir l'ordre actuel des fonctions, et rétablir l'équilibre.

Si l'on réfléchit aux indications, on voit qu'il s'agit d'apaiser l'inflammation d'un organe sur lequel on ne saurait appliquer immédiatement les substances médicamenteuses. Le seul corps étranger qu'on fasse parvenir dans les vésicules bronchiques, c'est l'eau en vapeur ; mais il faut qu'elle soit chaude, et par sa température elle fait plus de mal qu'elle ne procure de soulagement par sa qua-

lité relâchante. Je n'ai jamais vu résulter un grand avantage des fumigations, même de celles chargées du mucilage des plantes émollientes. Tous ces moyens ne font que boursouffler la membrane, et augmenter le sentiment de plénitude et de compression pectorale.

Il ne nous reste donc, pour combattre la phlogose catarrhale, que deux indications générales à remplir : 1°. diminuer la susceptibilité générale, et maintenir l'action du système sanguin dans un état de calme, qui néanmoins soit compatible avec la restauration du corps; 2°. appeler les forces et les fluides vers les autres organes, et surtout vers la peau.

1°. *Diminuer la susceptibilité générale*, afin d'enlever au poumon ce qu'il a de trop, est d'une nécessité indispensable, mais n'est pas toujours sans inconvénient, puisque, comme nous l'avons vu, la débilité, dans l'état aigu, est favorable à l'induration chronique. Cependant l'expérience m'a toujours fait voir que les toux chroniques étaient exaspérées par les stimulations vives, lorsqu'elles ne leur cédaient pas d'abord. En effet, pour que cette révulsion subite ait lieu, il faut que la phlogose n'ait encore produit aucune désorganisation, qu'elle soit bornée à un vice de l'action des exhalans et des excréteurs de la mucosité, que les capillaires rouges ne soient pas dans un degré d'action trop énergique; enfin, que le sujet ne soit ni trop sanguin ni trop irri-

table. Comme tout cela ne peut être constaté que par un habile médecin, ce n'est aussi qu'à lui qu'il appartient d'essayer le déplacement d'une irritation chronique du poumon par des moyens perturbateurs. Il est donc dangereux d'avancer vaguement, comme on ose le faire quelquefois, que la méthode tonique doit prévaloir dans le traitement des catarrhes.

On se propose, par son moyen, de raffermir le tissu relâché de la muqueuse bronchique, de favoriser la circulation dans les capillaires de la circonférence, afin de détourner les fluides du lieu affecté (1). Cette conduite peut procurer de grands succès dans une capitale comme Paris, où tout concourt à la débilité et à la diathèse séreuse (2); mais dans les pays chauds et secs, elle serait pernicieuse : la tendance qu'on a communément à en abuser fait souvent des victimes parmi ceux mêmes qui avaient le plus besoin d'être fortifiés. C'est donc moins au catarrhe qu'à une de ses complications que les toniques permanens ou diffusibles sont applicables.

---

(1) Oui, mais ce que l'on obtient diffère de ce que l'on se propose.

(2) Je raisonnais alors comme le font encore aujourd'hui ceux qui ne connaissent pas la physiologie pathologique, qui nous apprend que l'inflammation se concilie à merveille avec la débilité. En effet, l'état lymphatique des Parisiens n'exclut pas la phlogose; et celle-ci, malgré l'état lymphatique, s'exaspère par les toniques.

Pour moi, qui me propose de donner des préceptes dont on ne puisse abuser dans aucune circonstance, je ne saurais adopter le langage ordinaire. En conseillant les toniques, les émolliens ou les sédatifs, je dois prévoir les conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de l'emploi trop exclusif des uns ou des autres. Ainsi, lorsque j'établis, comme première indication, la nécessité de diminuer la susceptibilité générale pour affaiblir celle des poumons, il ne faut pas que j'expose le médecin à précipiter son malade dans une faiblesse qui nuirait à la résolution de la phlegmasie chronique. Par la même raison, je dois éviter l'excès contraire, en traitant la seconde indication, celle de donner aux mouvemens organiques une direction qui préserve le poumon d'un funeste engorgement, puisque cette indication ne saurait être remplie que par les toniques.

Je crois qu'on peut choisir un sage milieu, et concilier le maintien des forces avec la diminution de l'irritabilité générale. Par exemple, en donnant des alimens féculens et gélatineux, ce qu'il en faut pour suffire aux besoins de l'économie; en s'abstenant de la chair des animaux pour s'en tenir aux bouillons, aux consommés, aux gelées, pendant tout le temps que persiste la dyspnée, que la fièvre nocturne est alarmante, en un mot, que l'irritation paraît disséminée dans la majeure partie des cellules bronchiques; en

bannissant toutes les préparations rendues stimulantes par les graisses, les huiles, le sel et les aromates; en ne permettant qu'une quantité de liqueur fermentée suffisante pour rendre la digestion exacte, mais incapable d'échauffer trop l'estomac, et de porter l'éréthisme dans le système nerveux; en choisissant, parmi les médicamens, ceux qui, sans trop irriter l'estomac ni exciter la circulation, ont la vertu de concourir, avec les médicamens qui vont être indiqués, à réveiller sympathiquement et à entretenir l'action de la peau et des reins.

J'ai toujours employé des solutions de gomme arabique ou adragant, et des mucilages de lin, de guimauve, étendus dans une grande quantité d'eau, pour servir de boisson, ou rapprochés et unis avec les huiles douces, les émulsions, le jaune d'œuf, sous forme de potions, de loochs, etc., pour être pris à petites doses. Si je craignais que ces préparations ne produisissent trop de relâchement, je les faisais animer avec quelques eaux distillées aromatiques, et avec l'éther.

Le quinquina adouci avec la gomme arabique m'a semblé utile dans quelques cas d'anorexie; mais j'ai toujours observé qu'il était dangereux d'en continuer l'usage (1), parce qu'il n'est point

---

(1) Dès le commencement de ma pratique, je m'aperçus que l'usage prolongé des toniques détruisait la santé. Dans la suite, je reconnus que cela dépendait d'une gastrite qu'ils

ici le remède spécifique. Le lichen d'Islande est employé pour remplir la même indication, puisque c'est un mucilage combiné par la nature avec un extrait amer et un principe astringent.

Quelques verres de limonade très-faible, ou de tisane d'orge, de guimauve ou de lin, édulcorée avec un sirop acidule, sont souvent opposés avec succès à l'irritabilité gastrique et à la tendance au vomissement qui se manifeste pendant les quintes de toux ; mais le médecin doit être toujours prêt à corriger les relâchans par les doux toniques, et ceux-ci par les relâchans.

L'opium est un sédatif précieux, lorsque la susceptibilité gastrique en permet l'emploi. Si on le combine avec la poudre d'ipécacuanha, il facilite la transpiration, et suspend les secousses de la toux durant des nuits entières, avantage inappréciable dans les catarrhes chroniques. Il vaut mieux prévenir la surabondance de la mucosité bronchique par les narcotiques et les mucilages combinés avec les doux astringens, que de travailler sans cesse à la diviser, à l'inciser, à l'expectorer par les préparations scillitiques et les médicamens âcres, qui n'incisent véritablement que le tissu trop sensible de la muqueuse de l'estomac.

En un mot, il faut, pendant qu'on travaille à

produisaient. Cullen avait fait la première observation au sujet des amers; mais la seconde lui était échappée.

émousser la susceptibilité générale, s'appliquer à soutenir les forces, et même à les augmenter lentement, mais en les accumulant et les mettant, si je puis ainsi parler, en réserve; car il est dangereux de les développer brusquement. Le mal que produisent ces incendies momentanés est le plus souvent irréparable.

2°. *Appeler les forces, et avec elles les fluides vers les autres organes*, et surtout vers la peau, offre encore une foule de difficultés. Trop souvent il arrive que le prétendu stimulant spécifique de la peau ou des reins stimule plus efficacement encore le poumon, et augmente les progrès de l'induration. En parcourant les médicamens de cette classe, nous allons indiquer ceux dont l'action nous a paru la plus avantageuse et la moins sujette à des inconvéniens.

Moyens internes. Les sudorifiques qu'on emploie doivent être doux. Les bois exotiques m'ont rarement réussi. Je les ai souvent vus produire des sueurs nocturnes qui débilitaient les malades sans dégager la poitrine. Les poudres sudorifiques minérales conviennent encore moins. Je n'ai jamais pu suivre l'usage d'aucun autre diaphorétique, que des juleps pectoraux ou gommeux aromatisés avec une eau distillée, avec les éthers, rendus anodins par l'addition du laudanum, ou aiguisés par une légère dose de kermès minéral, suivant l'indication du jour; mais on doit redouter cette dernière préparation lorsque l'es-

tomac s'est déclaré facile à irriter. On remédie au mal qu'elle a pu faire par les mucilages acidulés.

L'infusion de sureau miellée et quelquefois acidulée avec l'acide citrique, celles de coquelicot, de serpolet ou autres aromates légers, édulcorées avec le sirop diacode, m'ont encore semblé pouvoir être employées avec avantage, mais seulement quand le besoin de ranimer l'action gastrique est évident (1), et quand la sécheresse et la torpeur de la peau sont plutôt le résultat de la débilité que l'effet sympathique de la douleur d'un viscère.

Il faut toujours se souvenir que tout ce qui accélère le pouls, tout ce qui cause un peu de fatigue et de chaleur augmente la toux et hâte la mort, à moins qu'il n'en résulte une révulsion subite qui débarrasse complètement l'organe irrité. Mais ces crises fortunées sont rares, et, si on ne les obtient pas en peu de temps, on exaspère la phlogose, et l'on épuise les ressources de la vie, en s'opiniâtrant à vouloir les développer: l'indocilité des malades, presque toujours esclaves de leurs goûts et de leurs caprices, ne m'en a fourni que trop d'exemples. Ce n'est pas sur le grand nombre, c'est sur le choix et sur la juste quantité des médicamens que cette cure est fondée. Le but doit être d'entretenir les évacuations

(1) Ce qui suppose l'absence des signes de la gastrite.

de la peau sans causer un trouble perceptible pour le malade, sensible même à son médecin par l'accélération du pouls.

On obtient assez d'urine par des boissons un peu nitrées ou le petit-lait; assez de selles par quelques onces de pulpe de pruneaux, par une prise de crême de tartre, ou une eau de tamarin, etc., administrées de temps en temps, surtout quand le ventre devient paresseux. Les lavemens émolliens n'ont pas besoin d'être recommandés.

Moyens externes. Ils se réduisent aux vêtemens chauds et portés sur la peau, comme des gilets de laine, aux bains à la température du corps; il faut que la baignoire soit auprès du lit, on en sent la raison; aux bains secs de sable, de cendres échauffées au four, à ceux de marc de raisin (1), aux fric-

(1) La propriété dont jouissent les bains secs d'échauffer la peau sans introduire des molécules aqueuses dans son tissu, leur mérite le premier rang parmi les médicamens qui peuvent redonner de l'énergie aux capillaires de la circonférence, débarrasser les viscères des fluides qui les surchargent, et combattre avec le plus d'avantage la diathèse séreuse et lymphatique. On peut juger, d'après ces réflexions, qu'ils seront particulièrement applicables aux catarrhes pulmonaires des hommes lymphatiques, peu sanguins, peu irritables, et à ceux qui ont habituellement la peau sèche et les extrémités froides, plutôt à cause du défaut d'énergie de l'appareil sanguin, que par l'influence de la douleur d'un grand viscère.

tions, qui doivent être douces et souvent répétées; aux topiques partiels et aux exutoires.

Les topiques sont de deux espèces, émolliens, rubéfians. Les émolliens sont les cataplasmes et les fomentations mucilagineuses. J'ai guéri un catarrhe qui, pendant trente-sept jours, avait résisté à cinq ou six vésicatoires placés en différens endroits, par un large cataplasme appliqué sur le devant de la poitrine. Le soulagement fut si prompt, qu'il surpassa mon attente. J'ai toujours répété ce moyen quand les circonstances m'en ont permis l'emploi. Il faut des cataplasmes faits avec la farine de graine de lin, mêlée soit au son, soit à la mie de pain. Je les ai préférés au vésicatoire quand le sujet m'a paru nerveux et sanguin en même temps.

Les fomentations ont à-peu-près le même effet; mais la tendance que les linges et les flanelles ont à se refroidir doit faire donner la préférence aux cataplasmes, quand on peut les avoir de bonne qualité. Il est important que le bandage soit bien fait, surtout dans les hôpitaux militaires, où les malades sont peu vêtus, et qu'il tienne, en quelque sorte, lieu de gilet.

Les toniques rubéfians, qui se font avec les cantharides ou avec les sinapismes, sont d'un usage si répandu, qu'il suffit de les rappeler pour paraître en faire l'éloge. Je me suis souvent aperçu qu'on n'en obtenait pas tout l'effet désiré quand le malade était trop irritable et sujet à l'insom-

nie et à la toux nocturne. Je les ai trouvés souvent fort efficaces dans les constitutions lymphatiques, et chez certains hommes robustes et musculeux, mais d'une sensibilité obtuse, et qui sont peu alarmés de leur situation.

Les exutoires sont indispensables dans le catarrhe chronique. Je veux dire qu'un médecin délicat croirait avoir quelque chose à se reprocher s'il perdait un malade sans les avoir employés. Cependant il est un terme au-delà duquel ils sont inutiles : c'est dans l'état avancé, et lorsqu'après plusieurs alternatives de fièvres éphémères et de calme, il survient gonflement des paupières et œdématie des pieds. A cette époque, ils hâtent, comme tout débilitant, la catastrophe funeste. Si, après en avoir fait usage dans le principe, on n'a pu empêcher la toux de persister pendant trois semaines, un mois, ou deux mois; si, au bout de ce temps, il y a menace d'infiltration, il faut les supprimer et s'en tenir aux palliatifs. Le moment de les appliquer est celui où le catarrhe, ou bien la péripneumonie menace de prendre le caractère chronique. On risque d'autant moins, qu'ils conviennent également à la phthisie.

Il faut préférer ceux qui divisent la peau et procurent la suppuration du tissu cellulaire même. On peut choisir entre le cautère et le séton. Quand on se décide pour le premier, on peut l'ap-

pliquer sur la poitrine : j'ai cru remarquer qu'il y était plus efficace qu'au bras (1).

J'ai souvent fait usage du cautère dans les toux chroniques ; et lorsque le poumon n'était point tuberculeux (2), et que le malade m'arrivait avant d'être bien avancé dans l'état chronique ; j'ai obtenu quelques succès. La multitude de malades ne m'ayant pas permis de recueillir l'histoire détaillée de tous les catarrhes qui pouvaient présenter quelque intérêt, je me suis borné à recueillir les cas les plus graves, et comme ceux-là sont les plus exposés à se terminer malheureusement, mon recueil contient plus d'ouvertures de cadavres que de guérisons (3). Je ne puis donc rapporter autant d'observations particulières où ce moyen a été employé avec avantage que je le désirerais : je me contenterai de dire en général, qu'ayant établi des cautères à dix ou douze militaires dont les catarrhes déjà prolongés au terme de deux mois et plus faisaient craindre une indu-

---

(1) Le moxa a obtenu beaucoup de vogue depuis la première édition de cet ouvrage : en effet, il est préférable lorsque la fièvre et la susceptibilité nerveuse ne sont pas poussées à l'excès.

(2) Du moins lorsque je le présumais ainsi.

(3) Maintenant j'opère plus de guérisons parce que, dans le début de ces maladies, je redoute moins la débilité qu'à l'époque où cet ouvrage a été composé. Que ceux qui sont aujourd'hui ce que j'étais alors suivent mon exemple, et ils cesseront de me reprocher des principes trop exclusifs.

tion de la poitrine s'apaiser plus promptement. Dès-lors deux à trois secousses lui suffirent pour expectorer, et la mucosité devint épaisse et opaque. L'appétit, qui était nul depuis dix-huit jours, se ranima. Je joignis un peu d'oxymel scillitique à ses juleps, et de vin à ses alimens que j'augmentai, et en quinze jours Dupré fut en état de manger les trois quarts, et de quitter l'hôpital environ cinquante-deux jours après l'invasion.

On voit ici un catarrhe chronique encore au début. S'il y a quelque signe qui puisse indiquer que l'induration est commencée, ce doit être l'altération de la coloration du sang (1). Or, Dupré avait encore toute la fraîcheur et la vivacité de son teint ; il n'était donc que dans ce degré d'irritation du catarrhe qui n'a pas passé au-delà des bronches. Mais qui peut douter que si, pendant un mois encore, Dupré eût été soumis à l'action du froid, surtout sur la poitrine, et qu'il eût été excité par des alimens et des médicamens propres à réveiller l'action des capillaires sanguins, qui peut douter, dis-je, que le parenchyme pulmonaire n'eût enfin perdu son action, et que l'inflammation ne se fût terminée par un endur-

(1) Le son mat est un signe plus certain. J'en ai parlé page 145 : on peut y joindre le défaut du bruit respiratoire lorsque l'on applique le cylindre du docteur Laennec.

cissement funeste, ou par le développement des tubercules ?

Mais la décoloration et l'infiltration sont-elles toujours un indice de la désorganisation du poumon à la suite des toux anciennes ? L'observation suivante répond à cette question.

XVII[e] OBSERVATION.

Catarrhe chronique porté jusqu'à l'œdématie, et guéri.

Desjardins, soldat au quatre-vingt-quatrième régiment d'infanterie de ligne, âgé de vingt-cinq ans, stature haute, peau blanche et douce, cheveux châtains, corps maigre et peu musculeux, poitrine rétrécie vers le haut, entra à l'hôpital de Bruck le 6 nivose an 13, se disant au vingt-deuxième jour de sa maladie. Il avait contracté, en route, une toux qui, bientôt, s'était trouvée compliquée de lassitude, douleurs de reins et des membres, d'anorexie, et d'une petite fièvre accompagnée de frissons presque continuels. Se trouvant seul dans les montagnes de la Stirie avec un paysan qui le conduisait dans sa charrette, il reçut des coups de bâton de cet homme, qui, croyant l'avoir assommé, le jeta à terre et le laissa au milieu de la neige. Ce malheureux fut ensuite recueilli par des Français, qui le déposèrent à l'hôpital de Bruck.

L'immobilité où il était resté plusieurs heures, étendu sur la neige, avait considérablement augmenté son catarrhe, qui, jusque là, avait été sans fièvre; de sorte qu'à son arrivée, Desjardins était dans un état très-fâcheux. La tête, qui avait été la plus maltraitée, offrait plusieurs contusions, dont quelques-unes étaient avec solution de continuité. Cependant toutes se guérirent en peu de jours, sans qu'il survînt aucun symptôme cérébral. Il n'en fut pas ainsi du catarrhe; pendant huit jours, Desjardins fut en proie à une fièvre vive, avec pouls fréquent, fort, développé, chaleur, peau humide; toux continuelle, expectoration épaisse, opaque et très-abondante. La parole devint rauque et pénible, les joues s'excavèrent; la dyspnée s'exaspéra les jours suivans, au point que le malade était obligé, pour exécuter la respiration, de se tenir assis sur son lit, le cou tendu, et tout le tronc en contraction; il s'exténuait rapidement, et quand, le trentième jour, la fièvre s'éteignit, je crus qu'il allait entrer en agonie. Mais tout-à-coup la maladie prit l'aspect du catarrhe chronique; il se trouva d'une faiblesse extrême, décoloré et fétide, crachant beaucoup et ayant un léger râle; sa face et ses extrémités s'infiltrèrent; il commença à sentir quelque appétit, mais il ne cessait de tousser la nuit.

Dans cet état, il supporta l'évacuation qui fut faite de tous les malades, et après être resté à Laybach quinze jours encore avec la couleur paille,

l'infiltration et la toux nocturne, il se rétablit, sortit de l'hôpital au bout d'un mois, et je l'ai revu depuis faisant très-bien son service. Le total de la durée de l'affection de poitrine équivaut à deux mois.

L'ensemble de cette histoire présente un catarrhe provoqué accidentellement par le froid, entretenu et rendu chronique par la même cause, fortifié par la fatigue, exaspéré ensuite par un surcroît d'action du froid joint aux mauvais traitemens, redevenu chronique avec épuisement du sujet, et enfin terminé par une résolution complète.

Dans le traitement de cette maladie, je m'étudiai toujours à contrarier la direction qu'affectait la nature désordonnée. Pendant l'état fébrile, je fis suppurer des vésicatoires; mais m'apercevant que les forces se perdaient, j'y renonçai, et je commençai à joindre aux gommeux l'éther et le kermès, pour solliciter des évacuations cutanées, et combattre la tendance impétueuse des mouvemens vers la poitrine; j'y joignis de fortes doses d'opium le soir, dans la même intention, parce que l'opium, en excitant les capillaires de la circonférence, apaise la douleur et calme l'insomnie qui en est la suite. Je m'en tenais à ces deux ordres de remèdes, comptant d'autant moins sur leur efficacité, que je savais que cet homme, long-temps fatigué en Zélande par un catarrhe

chronique, suite d'une fièvre intermittente, avait l'organe pulmonaire affaibli (1), lorsque la chute complète de la réaction me força d'augmenter les toniques. Bientôt l'infiltration m'invita à solliciter l'action des reins, ce que je fis par les vins amer et scillitique combinés. L'appétit, qui toujours avait langui, se réveilla et fut le signal du rétablissement.

Il serait bien difficile de s'expliquer pourquoi Desjardins, avec les apparences d'une constitution débile, s'est sauvé de l'induration; tandis que Cario (*Observation IV*), et tant d'autres que je n'ai pas nommés, en ont été victimes en moins de temps, quoique mieux conformés. Cet avantage n'est pas le résultat de sa faiblesse, puisque, en général, les plus débiles ont succombé plus tôt que les autres. Doit-il son salut à une vigueur pulmonaire particulière? Cela n'est pas à présumer chez un homme qui, à la suite de la fièvre intermittente dont j'ai parlé, était si facile à essouffler, qu'il lui fallait une demi-heure pour monter l'escalier de l'hôpital où il était; et ce catarrhe ne datait encore que d'une année. Quoi qu'il en soit, son histoire prouve qu'il est bien difficile d'apprécier le degré de force d'un homme, et d'assigner le terme de la résistance d'un organe en proie à l'inflammation; elle démontre surtout que ni la fièvre hectique, ni

---

(1) C'est-à-dire trop irritable.

l'œdématie et la couleur jaune, ne sont des signes certains de la désorganisation du poumon. Elle engage ainsi le praticien à ne jamais abandonner un malade, et même à ne jamais le condamner, quelque avancée que paraisse l'affection pulmonaire. Des cas aussi heureux sont rares, à la vérité ; mais je puis encore en citer.

XVIIIe OBSERVATION.

Catarrhe chronique simple.

Tessier, âgé de vingt-quatre ans, brun, large, gras et charnu, mais lymphatique et peu sensible, fut traité par moi à Nimègue, dans le printemps de l'an 13, d'une péripneumonie très-inflammatoire, suivie d'une toux sèche et d'une espèce de langueur avec dyspnée, pendant une vingtaine de jours. Six mois après, je le retrouvai à Bruck en Stirie, où il essuya un catarrhe accompagné de beaucoup d'oppression, de douleur de poitrine, et même de délire, mais sans mouvement violent de la masse sanguine.

Les vésicatoires, les adoucissans et les gommeux aromatisés et éthérés, furent, dans cette rechute, mon unique ressource. En vingt jours, Tessier revint d'un état aussi alarmant, et j'étais fort étonné de sa guérison. Deux mois s'étaient à peine écoulés, que Tessier fut reçu à l'hôpital militaire d'Udine pour une troisième affection de poitrine.

Il entra le 15 mars 1806, se plaignant d'une toux plus forte qu'à l'ordinaire depuis quatre ou cinq jours. Il avait toujours conservé de la dyspnée, de la toux, et n'avait pu reprendre complètement ses forces. Je le soumis à l'usage des pectoraux un peu kermétisés. Il avait appétit, ce qui m'engagea à le nourrir un peu. Au bout de douze jours de traitement, étant déjà rendu aux trois quarts, il fut surpris d'un mouvement fébrile avec perte d'appétit et redoublement de la toux. La diète et un vésicatoire apaisèrent cette effervescence, qui ne dura pas quarante-huit heures; mais Tessier resta d'un jaune pâle, languissant, le visage bouffi, les malléoles un peu œdématiées, se trouvant assez à son aise pendant le jour, et très-gêné pour respirer durant la nuit, dont il passait une partie, assis dans son lit, occupé à tousser. L'appétit s'était bien rétabli; le pouls était faible, et plutôt lent qu'accéléré. Quinze jours se passèrent ainsi, pendant lesquels Tessier s'affaiblissait. Je le mettais tacitement sur la liste des nombreuses victimes que le catarrhe chronique avait immolées dans le courant de la campagne.

Cependant, je voulus tenter le cautère, que, jusque là, je n'avais mis en usage que pour les toux qui me semblaient entretenues par une disposition tuberculeuse. Du reste, je ne changeai rien aux médicamens internes. Ils furent toujours composés d'un mélange de gommeux et d'eaux aromatiques, secondés par des bols d'opium et d'i-

pécacuanha à partie égale. En cinq à six jours, la poitrine se dégagea, la toux cessa, et Tessier sortit, à la fin d'avril, beaucoup mieux portant qu'il ne l'avait été depuis sa première péripneumonie. L'ayant revu en septembre même année, j'appris qu'il n'avait éprouvé aucune rechute; il portait encore son cautère.

Par la même conduite qui m'a si bien réussi chez Tessier, j'ai vu se rétablir, à l'hôpital d'Udine, plusieurs autres malades qui conservaient des toux contractées dans les marches et les fatigues de l'hiver. Les plus remarquables sont un nommé Lhuilier, homme de très-débile constitution, et qui, ayant souffert un catarrhe violent à Bruck, était tombé dans l'état chronique. Après deux mois de santé équivoque, il revint, comme Tessier, passer un mois à l'hôpital d'Udine, et fut bientôt dans un état de langueur et d'œdématie tout-à-fait analogue à celui où s'était trouvé ce malade. Il guérit aussi heureusement que lui.

La troisième cure de catarrhe chronique grave opérée à Udine, fut celle d'un nommé Flocard, qui, après trois récidives de l'état aigu, toujours apaisé par le régime, était aussi resté leucophlegmatique, etc. Je ne sais si la chaleur du printemps n'a pas autant contribué au retour des fonctions à leur équilibre, que les médicamens; mais, dans tous les cas, le désordre du poumon n'était

pas irréparable. C'est ce qui me paraît le plus consolant pour les médecins militaires, malheureusement trop autorisés à regarder les affections chroniques de deux ou trois mois, accompagnées d'œdême de la face et des extrémités, comme des signes d'une désorganisation consommée, surtout lorsque les soldats viennent d'être épuisés par des marches pénibles.

L'anévrysme du cœur, avec augmentation d'énergie artérielle (1), de chaleur et de disposition à la phlogose, exige l'emploi des saignées. On ne parvient point autrement à modérer la diathèse inflammatoire, qui menace le parenchyme de l'induration rouge (2) : les émolliens, les acides et le régime végétal le moins nourrissant, doivent seconder ce premier moyen, et être continués jusqu'à ce qu'on ait obtenu la détente universelle dont on a besoin.

Lorsque la disposition à l'anévrysme *passif* (3) ou à l'engorgement variqueux des vaisseaux pulmonaires, se trouve compliquée avec le catarrhe déjà chronique, la meilleure ressource, à mon

(1) L'hypertrophie du cœur.

(2) Les applications de sangsues faites à la partie inférieure du cou, sur la trachée, sont les meilleurs moyens que nous possédions pour arrêter les progrès du catarrhe, et prévenir l'induration ou la phthisie.

(3) L'anévrysme passif du docteur Corvisart est le véritable anévrysme. Son anévrysme actif se rapporte à l'hypertrophie du cœur.

avis, dont le médecin puisse disposer, c'est la chaleur sèche. Je propose donc les bains de cendre (1) ou de sable chauds pour les malades qui sont menacés d'un engorgement funeste par faiblesse du centre de la circulation. J'avouerai que je n'en ai point essayé l'emploi ; mais j'ai vu si souvent les dyspnées, les toux, les étouffemens continuels accompagnés de l'aspect variqueux dont j'ai fait la peinture, disparaître pendant les chaleurs de l'été, que j'ai conçu le projet d'imiter la nature dans l'occasion. Plonger le malade dans un bain d'eau chaude ou dans une étuve, c'est offrir un obstacle aux évacuations qui peuvent dégorger les capillaires, pendant qu'on les distend outre mesure par la chaleur. Le bain sec est révulsif et évacuant, sans cesser d'être tonique ; avantage précieux chez des malades qui sont à chaque instant menacés de mourir suffoqués par le sang et la sérosité, à raison de l'inertie des vaisseaux et de l'engorgement du centre nerveux (2).

Un régime muqueux et végétal doit être ajouté à ce moyen, autant pour ne pas surcharger l'appareil sanguin, que pour ménager les forces de l'estomac, qui manquent quelquefois tout-à-coup lorsque la pléthore veineuse est extrême. Les sto-

(1) Je préférerais le sable à la cendre, qui obstrue les pores, et s'oppose à la transpiration.

(2) C'est l'inertie du cœur qui produit les varices, les infiltrations.

machiques aideront avantageusement la digestion (1) ; les stimulans des différens appareils extérieurs ne seront pas négligés. Le froid et les passions seront écartés comme des obstacles pernicieux ; la fièvre intermittente doit être guérie le plus tôt possible. Tant que le quinquina peut être supporté, c'est à lui qu'il faut avoir recours : s'il paraît trop irritant, on doit combiner le traitement que nous développerons dans le chapitre de la gastrite compliquée de cette fièvre, avec l'emploi de la chaleur sèche et le régime que nous venons de conseiller.

RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DES CATARRHES ET DES PÉRIPNEUMONIES CHRONIQUES.

1°. *Causes.*

Elles viennent de deux sources : 1°. de toutes les irritations qui agissent sur les parois du thorax, sur la membrane muqueuse qui se déploie dans les ramifications et jusque dans les vésicules bronchiques, ou sur le tissu tout entier du poumon, comme les efforts et les courses ; 2°. des impressions, soit internes, soit externes, qui jettent tout-à-coup la peau dans la torpeur, ralentissent ou suppriment les sécrétions, et diminuent l'ac-

(1) Je ne pensais pas assez à la complication si fréquente de la phlogose gastrite. Les signes de cette affection indiqueront le moment où il faudra renoncer aux toniques.

tivité de la circulation dans les capillaires de la peau, des tissus cellulaires et des muscles volontaires.

2°. *Développement.*

Lorsqu'après les symptômes d'une péripneumonie qui n'est point terminée dans l'espace de temps accoutumé, ou à la suite d'un rhume qui a été exaspéré à plusieurs reprises, on remarque toux opiniâtre, sèche, difficulté de respirer, qui souvent n'est considérable que lorsque les malades entreprennent de marcher ou de monter les degrés; apyrexie, ou seulement accélération du pouls le soir avec rougeur des joues, chaleur de la peau et redoublement de toux; altération du teint, qui paraît flétri et d'une couleur mêlée d'une nuance de jaune paille, on doit craindre que l'irritation des capillaires sanguins du poumon ne se termine lentement par une induration rouge. On a d'autant plus lieu de redouter cette terminaison, que les signes d'anévrysme du cœur et de pleurésie chronique ne paraissent point, et que le sujet est moins exposé, par son tempérament, à la toux et à la dyspnée (1).

(1) Il faut ajouter à ces signes le son mat obtenu par la percussion du côté affecté, ou l'entrée difficile de l'air dans le parenchyme, avec râle, sifflement, crépitation, et plus tard enfin le défaut absolu du bruit respiratoire. (*Voyez* l'*Auscultation* du docteur Laennec.)

3°. *Marche.*

Lorsque cette affection est bien traitée, les symptômes vont en diminuant, et la guérison s'opère ordinairement sans efforts critiques, et même d'une manière insensible.

Si les causes continuent d'agir, et si le malade s'abandonne à son appétit, ce calme est interrompu par une exaspération fébrile avec retour des symptômes de la péripneumonie ou du catarrhe aigu, et même suffocant; mais ils cèdent avec promptitude au traitement anti-phlogistique, et le malade reste plus faible qu'auparavant.

Les mêmes erreurs peuvent reproduire plusieurs fois les mêmes accidens dans le courant de deux à quatre mois. Mais le malade s'affaiblit et s'énerve, quoiqu'il maigrisse à peine.

Enfin l'œdème paraît, surtout aux paupières, et devient quelquefois subitement énorme (1). Il annonce ordinairement la mort, qui arrive tout-à-coup quand le malade a long-temps souffert; tandis qu'elle se fait précéder d'une pénible agonie s'il succombe avant d'être épuisé.

---

(1) Surtout s'il y a obstacle au cours du sang par anévrysme du cœur ou par toute autre cause.

4°. *Altérations organiques.*

Le parenchyme du poumon paraît rouge, et endurci jusqu'à présenter la consistance du foie; mais quelquefois, au centre de cette induration, on rencontre des points ramollis et pâteux, comme si l'organe était brisé et putréfié. — La plèvre laisse apercevoir assez souvent une exsudation membraniforme collée à sa surface, et contient quelque sérosité épanchée. — Lorsque son altération est plus considérable, elle s'est ordinairement annoncée par d'autres symptômes (1).

5°. *Méthode curative.*

La guérison s'obtient, lorsque l'induration n'est pas trop avancée, 1°. en écartant le froid et toutes les causes occasionelles; 2°. en calmant l'irritation par les médicamens adoucissans, le repos et la tranquillité d'esprit; 3°. en réparant les pertes avec les alimens féculens et gélatineux, qui nourrissent beaucoup sans trop irriter, et en favorisant la fonction digestive dans l'état d'apyrexie (2), par les toniques modérés, et jamais par les âcres ni les alcoholiques; 4°. en provoquant l'action des appareils non malades par les diaphorétiques légers, les diurétiques faibles, les laxatifs les

(1) *Voyez* la *Pleurésie.*

(2) Et lorsqu'il n'y a pas de gastrite.

moins stimulans, les topiques généraux ou locaux qui sollicitent l'excrétion cutanée; 5°. en produisant des phlogoses artificielles, à titre de révulsifs, par les vésicatoires et les exutoires avec division des tégumens.

6°. *Complication.*

La complication du catarrhe chronique avec les autres modes d'irritation de la poitrine n'introduit aucun changement dans la méthode curative. — Les phlegmasies des organes de la digestion exigent quelques précautions qui modifient le traitement du catarrhe : on les trouvera dans la seconde partie de ce travail. — De toutes les fièvres continues, il n'y a que l'adynamique qui doive influencer le traitement indiqué, en forçant le praticien à donner plus de stimulans diffusibles que n'en aurait exigé la maladie principale sans mélange (1). — Quand la fièvre intermittente complique le catarrhe chronique, on la traite par le quinquina; et s'il y a quelque danger à s'en servir, on a recours à la méthode que je conseillerai pour les fièvres intermittentes combinées avec l'irritation chronique des voies gastriques.

---

(1) Erreur, fruit du respect outré que j'avais pour certaines autorités, et du défaut d'observations suffisantes. Je ne pouvais constater l'utilité des toniques; mais j'aurais cru faire un crime d'en douter : j'aimais mieux croire que je n'avais pas encore assez vu.

APPENDICE SUR LE CATARRHE PECTORAL.

Dès l'année 1803, j'avais fait attention aux irritations locales qui entretiennent des mouvemens fébriles, lorsque je composai ma dissertation inaugurale sur la fièvre hectique (1). Trnka, auteur d'un traité sur cette maladie, la regardait comme essentielle lorsqu'elle ne dépendait point d'une suppuration. J'allai plus loin, j'exigeai qu'elle ne pût être attribuée à un engorgement irrésoluble; en un mot, je voulus qu'elle fût guérie pour qu'on pût prononcer qu'elle était essentielle. Ceux qui ont lu l'*Examen des doctrines* sentent parfaitement combien cette prétention était ridicule; mais alors on était ontologiste et on ne le sentit pas. Ma thèse obtint des éloges parce qu'elle était dans l'esprit des doctrines en crédit; et mon premier examen m'aurait attiré la proscription s'il eût paru dans un siècle intolérant.

Je n'ignorais pas que les irritations organiques aiguës qui développent un état fébrile également aigu ne sont pas toujours incurables; mais comme tout était mystérieux en médecine, je pouvais penser qu'il en était autrement des fièvres chroniques sans paraître ridicule à une foule de méde-

(1) *Recherches sur la Fièvre hectique considérée comme dépendante d'une lésion d'action des différens systèmes, sans vice organique.*

cins qui, quoique déjà blanchis dans la pratique, n'en savaient pas plus que moi sur cette question, comme sur bien d'autres. Cependant, tout essentielles que me paraissaient les fièvres hectiques, je ne pouvais m'empêcher de les rattacher aux organes. Je reconnaissais dans ceux-ci un excès d'action que j'appelais même du nom d'*irritation;* mais, à l'exemple du docteur Pinel, je défendais de les confondre avec l'inflammation; et tout ce fatras a passé sans obstacle au milieu de la confusion, du désordre, de l'arbitraire qui régnaient il y a encore peu d'années dans les théories médicales. Toutefois, mes recherches servirent à démontrer que l'irritation des organes ne change point de caractère en se prolongeant, malgré la diminution des forces et les progrès du marasme, et que par conséquent elle doit toujours être combattue par des moyens de même ordre.

Quoi qu'il en soit, on doit placer à côté des catarrhes dont je viens de donner l'histoire, et qui devaient leur origine à l'influence du froid, certaines irritations chroniques de la membrane muqueuse de la trachée et des bronches, entretenues par la présence de corps étrangers. Telles sont les observations suivantes que j'avais consignées dans mes *Recherches sur la Fièvre hectique.*

« Borelli a vu un capitaine de Rouen qui, ayant avalé sans précaution un morceau de noyau, le fit passer dans la trachée. Il essuya une toux violente et répétée, mais qui ne lui inspira pas le

soupçon de sa cause. Il tomba ensuite dans la fièvre lente et dans l'émaciation; enfin, rendu à la dernière période de la consomption, au moment où l'on jugeait qu'il approchait du terme fatal, il prend des substances acides qui déterminent une toux violente, au moyen de laquelle le noyau, à demi putréfié, est expectoré, et peu à peu les fonctions se rétablissent dans le rhythme naturel ».

« On a vu, disais-je encore dans le même ouvrage, des pepins de raisin produire le même effet. Tout corps logé dans le larynx ou la trachée peut y donner lieu, et peut-être que le diagnostic n'offrirait pas tant de difficultés que les morceaux siégeant dans l'estomac. Une douleur locale, une toux habituelle, l'une et l'autre plus fortes, et même avec menace de suffocation, lorsque le corps vient de se déplacer, seraient, avec les signes commémoratifs, les bases du diagnostic à porter. Ces derniers signes surtout méritent une sérieuse considération; car il est possible que la présence du corps n'excite ni toux ni douleur locale. Ce cas doit être rare, vu l'extrême sensibilité du larynx; mais il s'est rencontré. Il faut ici, comme dans bien d'autres circonstances, se taire devant l'observation ».

« Un citoyen d'Augsbourg, tourmenté de vives douleurs de dents, entend dire à quelqu'un que l'or est le premier des remèdes, et surtout un anodyn tout-puissant. Il se place un ducat sur la

dent malade, se met au lit et s'endort profondément. A son réveil le ducat a disparu; il le cherche en vain dans sa bouche, dans son lit et même dans toute sa maison. Des chirurgiens sont appelés; l'absence de toute douleur et de tout sentiment de gêne à la région du cou leur fait prononcer que la trachée n'est point la retraite de la pièce de monnaie; ils jugent plutôt qu'elle a été avalée. Cependant, quelques mois après, voix rauque, fièvre lente, consomption; on renouvelle les perquisitions vers le larynx; nulle réussite. Quelqu'un donne le quinquina et recommande de faire suer le malade: son état s'exaspère. Enfin, on se borne aux humectans, et la pièce est expectorée par hasard, dans un effort que faisait le malade, après deux ans et deux mois de séjour. La santé fut bientôt solide et se soutint fort long-temps (1). »

Je vais extraire de ma dissertation ce que je disais alors des catarrhes capables d'entretenir la fièvre hectique. Je ferai suivre les réflexions qu'exige impérieusement l'état actuel de la science..

« Lorsque l'hectique est due à l'irritation de la portion de membrane qui se répand dans la substance des poumons en tapissant l'intérieur des ramifications des bronches, les symptômes ont tant d'analogie avec ceux de la phthisie, qu'il ne faut rien moins qu'une extrême sagacité pour ne pas prendre le change. Des praticiens célèbres s'y sont

---

(1) P. HÆCHSTERUS, *Obs. med.*, dec. 6, cas 10, p. 726.

trompés, et n'ont reconnu leur erreur que par l'inspection des parties. Cette maladie est ordinairement la suite d'un catarrhe prolongé; il se fait une excrétion abondante de mucosité, qui prend bientôt les apparences du pus; la fièvre hectique s'allume et entraîne promptement le marasme; le malade mort, on ouvre le cadavre, et les poumons se présentent sans aucune apparence de lésion. Voilà ce que j'appelle une fièvre hectique par irritation et faiblesse de la membrane muqueuse des bronches, et ce que j'assimile à l'hectique par dévoiement et à celle par leucorrhée. »

« *Dehaen* a connu cette espèce de catarrhe consomptif; et, après avoir en vain cherché dans les cadavres la source de l'espèce de pus des crachats, il a conclu qu'il se formait dans le sang. Il donne à cette maladie le nom de *phthisie*. Mais pourquoi abuser de ce mot, qui, par-tout ailleurs, est employé pour désigner la suppuration d'un viscère avec destruction de son tissu, ou pour le moins, engorgement irrésoluble, et par conséquent désorganisation ? »

« Cette sécrétion outrée, qui donne lieu à la fièvre hectique, est tantôt la suite d'un catarrhe simple ou épidémique, tantôt celle d'une maladie aiguë, qui semble se terminer par un afflux violent des fluides vers la membrane muqueuse des bronches. Offrons successivement des exemples de ces deux cas. »

« Mistriss...., âgée de quarante ans, était très-

sujette aux rhumes. En 1750, ellè en essuya un d'une extrême violence, qui fut traité par les saignées et les béchiques. Quand M. Wit la vit, elle était dans l'état suivant, par suite de ce dernier catarrhe. Depuis plusieurs semaines, toux violente et fatigante, vive douleur de poitrine, voix rauque ; les poumons paraissaient remplis de phlegme, et elle en expectorait, chaque jour, une grande quantité, qui avait presque l'apparence purulente ; grande soif, langue d'un rouge foncé avec des aphthes, pouls battant cent trente fois à la minute, mais très-faible ; débilité extrême. Trois vésicatoires successifs, appliqués en moins d'un mois, diminuèrent beaucoup la vitesse du pouls ; on lui fit prendre aussi des juleps toniques ; mais un quatrième vésicatoire parut nécessaire, attendu que les accidens se renouvelaient. Enfin on la mit à l'usage des boissons amères, et elle guérit (1). »

« Le professeur Bosquillon, dans ses *Commentaires sur Cullen*, article *Phthisie*, dit que le docteur Chapman donna, avec succès, le quinquina à une femme qui avait une fièvre hectique avec expectoration purulente, et un sentiment de pesanteur qu'elle rapportait au-dessous du sternum. Ce qui fit juger à Chapman que la personne n'était pas phthisique, c'est que la maladie avait commencé dans un temps où il régnait des catarrhes épidé-

---

(1) PORTAL, *Traité de la Phthisie*, p. 214.

miques; qu'elle avait acquis subitement beaucoup d'intensité, sans avoir été précédée d'une toux sèche; qu'il s'écoulait du nez un fluide analogue à celui de l'expectoration; que les urines n'étaient point graisseuses, mais déposaient un sédiment blanc ou briqueté; qu'enfin, au bout d'un certain temps, l'hectique prit le type de fièvre tierce. Le quinquina fut d'abord donné en décoction, mais avec réserve. Ses bons effets rendirent le médecin plus hardi; il le fit prendre en substance, et obtint une parfaite guérison. »

« Le second cas d'hectique par catarrhe est celui où ce dernier succède à une maladie aiguë, comme s'il en était la crise. »

« M. de Montausier eut, en 1786, une fièvre putride, à laquelle succéda une fièvre intermittente, qui devint ensuite rémittente. Il maigrit considérablement; la toux survint; elle fut d'abord sèche, et elle se termina par une copieuse expectoration de matières glaireuses, qui parurent dans la suite puriformes; la fièvre redoublait tous les soirs, et les sueurs abondantes survenaient dans la matinée, lorsqu'elle se relâchait; il y avait de l'enflure au visage et aux extrémités; enfin les selles étaient liquides, copieuses, jaunâtres, fétides. Le malade fut guéri par le quinquina, suivi des anti-scorbutiques et du lait d'ânesse (1). »

« A la suite de cette observation s'en trouve

---

(1) PORTAL, *Traité de la Phthisie*, p. 357.

une autre tout-à-fait semblable par les symptômes; mais la maladie avait commencé par une fièvre intermittente qui était dégénérée en continue, ensuite en hectique. »

« Dehaen (*Ratio medendi*), Bennet (*Theatrum tabidorum*), ont ouvert des cadavres de personnes mortes avec les apparences de la phthisie pulmonaire, et ont rencontré les poumons en bon état. Il ne peut donc rester aucun doute sur l'existence d'une hectique par débilité et irritation de la membrane muqueuse des bronches : cependant nous n'en avons pas de signes invariables : c'est qu'il ne nous reste pas d'histoires fidèles des malades qui ont succombé, que nous puissions comparer avec celles de ceux que nos modernes ont guéris. »

Ces observations présentent des exemples de phlegmasies de la membrane muqueuse des bronches qui ont, dit-on, été guéries par le quinquina et autres toniques, secondés des adoucissans et des vésicatoires, etc. Il serait téméraire de nier de pareilles cures, puisque les inflammations cèdent quelquefois aux révulsifs capables de déplacer l'irritation. D'ailleurs, on voit souvent des expectorations copieuses, très-débilitantes, qui cèdent à l'emploi des astringens appliqués sur la membrane muqueuse de l'estomac, lorsqu'elle n'est pas elle-même dans un état de sur-irritation. Cependant je puis assurer qu'ayant suivi plusieurs malades affectés de cette manière, j'ai rarement vérifié, quoique je l'aie fait quelquefois, que la

guérison fût bien complète. Le plus souvent ces personnes rechutent, ou bien il se développe sous l'influence des toniques une gastrite chronique que les médecins qualifient d'*hypochondrie* ou d'*obstruction*, et qu'ils sont loin d'attribuer à leur véritable cause. D'après ces observations, que j'ai encore l'occasion de répéter tous les jours, je n'hésite pas à avancer que le précepte qui s'est répandu parmi les médecins, que les catarrhes prolongés exigent l'emploi des toniques, est un des plus pernicieux qui aient jamais été donnés. Certes, on peut presque toujours se passer de le mettre en pratique; car les catarrhes assez peu graves pour ne pas s'exaspérer par l'emploi du quinquina, du lichen d'Islande, de l'acétate de plomb, etc., céderont encore plus aisément à l'abstinence et au régime blanc, secondés par les révulsifs, et l'on aura moins à craindre une fâcheuse récidive. Comme j'ai journellement l'occasion de traiter ces maladies chez nos soldats vétérans, et que j'ai essayé de toutes les méthodes recommandées, je me crois compétent pour traiter cette question.

Ces mêmes sujets m'ont encore donné l'explication des prétendues phthisies avec expectoration purulente, dans lesquelles Dehaen n'a trouvé aucune lésion à l'ouverture cadavérique. Ce sont pour la plupart des anévrysmatiques chez lesquels l'expectoration est entretenue par la stagnation du sang dans les capillaires du poumon. Ces malades sont également soulagés par les toni-

ques, les anti-scorbutiques et les diurétiques, qui sollicitent les différentes excrétions; mais cela ne peut avoir lieu que lorsque la maladie du cœur n'est pas encore fort avancée, et quelquefois le repos a plus de part à cette guérison apparente que les médicamens. Mais suivez ces malades pendant quelques années, vous verrez arriver l'époque où les toniques, loin de les soulager, irriteront leur estomac et développeront une gastrite qui ajoutera aux angoisses nécessairement inséparables des obstacles permanens à la circulation.

Voilà des réflexions que je n'avais garde de faire lorsque je n'étais encore qu'un élève sans expérience. Je les crois nécessaires pour rectifier ce que j'ai pu avancer de faux ou de hasardé dans ma thèse inaugurale. Je me propose d'en faire autant pour les autres phlegmasies que j'ai présentées dans cet opuscule comme des causes de la fièvre hectique.

CHAPITRE II.

De la Pleurésie.

Dans les ouvertures de cadavres que j'ai rapportées, on a quelquefois vu la membrane séreuse du poumon enflammée : une sérosité lactiforme, remplie de flocons blanchâtres et analogues à l'exsudation qui adhérait à la membrane, s'est trouvée parfois tellement abondante, qu'on ne saurait se refuser à croire qu'elle a dû produire des symptômes particuliers.

Maintenant, si nous voulons savoir ce qui, dans la série des infirmités des malades que nous avons cités, de Cario, par exemple (*Observation II*), peut appartenir soit à l'inflammation de la plèvre, soit à la collection de son produit, il convient de retracer les souffrances de ceux qui n'ont dû leur mort qu'à la pleurésie.

Cette phlegmasie a été le sujet de bien des contestations. Depuis long-temps on lui assignait, pour caractère particulier, la douleur aiguë du côté du thorax, la respiration entrecoupée, un pouls vif et dur, lorsque des praticiens d'un grand poids firent observer que ces symptômes n'excluaient point la phlogose du parenchyme. Bientôt on ne craignit plus d'assurer que la plèvre pulmonaire ne pouvait être enflammée sans que l'irritation pénétrât dans l'épaisseur du lobe.

Quoique la question ne soit pas encore décidée aux yeux de plusieurs médecins célèbres, il paraît cependant que la majeure partie des hommes qui se vouent à l'art de guérir s'accordent à regarder la douleur aiguë et pongitive des parois du thorax, jointe à la fréquence et à la dureté du pouls, comme les indices de la phlogose de la plèvre; et que la douleur obtuse, l'expectoration sanguinolente, la dyspnée profonde, et la rougeur foncée des joues, sont assignées pour caractères à la péripneumonie.

Je n'entreprendrai point d'ajouter aux nombreuses preuves que nous avons de la justesse de

ce partage. Je ne produirai point la pleurésie aiguë marchant à découvert, escortée des symptômes que chacun lui connaît. Mais je rechercherai si cette maladie se présente toujours avec autant d'évidence, si elle ne perd pas quelquefois ses signes extérieurs sans cesser pour cela d'exister; je m'étudierai à faire remarquer la nature de ses complications, leurs dangers, les moyens d'y remédier; en un mot, je suivrai cette phlegmasie dans les dédales de l'état obscur et chronique, aussi loin que les faits que j'ai recueillis pourront me le permettre. — Mon but étant de perfectionner la méthode curative du commencement, et de déterminer s'il est quelque moyen de guérir la pleurésie quand elle est devenue chronique, je dirai avec une égale franchise ce que j'ai vu, ce que j'ai fait, ce que j'aurais plutôt dû faire.

La douleur fixe et pongitive, que l'on regarde comme le symptôme le plus essentiel de la pleurésie, n'est rien moins que ce que l'on pense. Je l'ai vue manquer dans l'état aigu comme dans l'état chronique; il m'a même semblé que les pleurésies les plus vastes étaient les plus dépourvues de point douloureux fixe.

Un sergent, âgé de cinquante ans, sanguin et athlétique, mourut à l'hôpital d'Udine, le quatorzième jour d'une affection inflammatoire de la poitrine, qui ne produisit d'autres désordres évidens que la toux, la dyspnée et une prodigieuse anxiété; la fièvre était très-modérée; et, si le dé-

couragement et l'altération des traits n'avaient annoncé une profonde atteinte portée aux viscères, j'aurais cru ne traiter qu'un catarrhe modéré. La mort mit pourtant en évidence un épanchement séro-purulent dans la cavité gauche, avec rougeur de la plèvre, qui était recouverte d'une exsudation membraniforme : la séreuse du cœur et du péricarde fut rencontrée dans le même état.

Je ne sais si cette dernière phlogose empêche constamment la fièvre de se développer avec énergie, mais je l'ai toujours observée. La péricardite existe rarement sans pleurésie. Or, si elle la défigure chaque fois que leur complication a lieu, soit en étendant le point douloureux, soit en enchaînant la réaction fébrile, voilà déjà un certain nombre de phlogoses de la plèvre qui sont tout-à-fait dénuées des signes extérieurs sur lesquels on se fonde pour porter le diagnostic de ces maladies.

Ces pleurésies, ainsi larvées par leur propre intensité, sont toujours accompagnées d'une prostration extrême, et c'est ce qui ajoute à leur danger ; car, aussitôt que le mot d'*adynamie* ou d'*ataxie* a été prononcé, tous les médicamens qu'on administre concourent aux progrès et à l'extension de la phlegmasie.

Si le médecin prend la maladie pour ce catarrhe avec débilité que plusieurs auteurs ont désigné sous le nom de *fausse péripneumonie*, *peripneumonia notha*, le traitement qu'il sera con-

duit à adopter ne sera pas moins pernicieux à la phlogose étendue et latente des séreuses du poumon et du cœur. Lorsque nous aurons vu assez de malades pour connaître les principales modifications de la douleur de la plèvre, nous essaierons de tracer des caractères qui conviennent à un plus grand nombre de pleurésies, qu'on n'a pu le faire jusqu'à présent.

Comme la douleur est le symptôme le plus démonstratif de cette maladie, je dois, en descendant de l'état aigu dans l'état chronique, offrir d'abord les pleurésies les plus douloureuses : elles ne seront pas toujours les plus courtes ni les plus violentes; mais qu'importe, puisque mon dessein est d'éclairer les maladies latentes et compliquées par celles qui sont bien dessinées et sans mélange, en procédant du plus évident au plus obscur?

XIXe OBSERVATION.

Pleurésie aiguë devenue chronique.

Allard, canonnier au quatrième régiment d'artillerie à pied, cheveux blonds, peau blanche, poitrine étroite et aplatie en avant, santé délicate, fut déposé dans mon service à l'hôpital d'Udine, le 26 octobre 1806, pour une affection de poitrine très-grave. On obtint aussitôt de lui les renseignemens suivans :

Il avait été saisi à Gênes, quatorze mois aupa-

ravant, d'une fièvre aiguë avec douleur pongitive au côté droit de la poitrine. Après vingt-deux jours d'hôpital, il était sorti conservant encore une douleur de côté qui l'empêcha, pendant deux mois, de reprendre son service. Ce malade avait ensuite été transféré dans les garnisons de Venise et de Mantoue, et obligé, dans l'une et l'autre, de faire plusieurs séjours aux hôpitaux, toujours pour des exacerbations de sa douleur de côté avec fièvre. Le dernier avait été de quarante-cinq jours, pendant lesquels Allard avait été tourmenté par une fièvre hectique des plus vives, avec de violens redoublemens nocturnes, toux continuelle, expectoration muqueuse très-abondante pendant la nuit seulement, sueur de la poitrine. — On l'avait toujours traité par les mucilagineux, les juleps adoucissans, et les vésicatoires appliqués sur la partie souffrante. Enfin, son corps ayant été dirigé sur Udine, il avait pris le parti, se sentant épuisé, de venir chercher du secours dans notre hôpital, où il me présenta l'état pathologique suivant :

Maigreur approchant du marasme, douleur pongitive au côté droit de la poitrine; la percussion l'augmentait, et rendait un son obtus; fréquence du pouls sans chaleur, avec toux sèche durant le jour; redoublement avec chaleur, accompagné de crachats muqueux et opaques, pendant la nuit.

Outre ces symptômes, qui appartenaient à la phlogose du thorax, on observait langue mu-

queuse, bouche mauvaise, soif, céphalalgie, accès complet de fièvre intermittente tous les deux jours.

J'attaquai d'abord les symptômes gastriques par l'émétique, qui les enleva sur-le-champ (1); et la fièvre tierce, par les potions anti-spasmodiques et de légères doses de vin amer, qui en triomphèrent en dix jours. Le régime féculent et gélatineux fut observé avec rigueur, et le 11 novembre, il n'y avait plus qu'un peu de fréquence avec chaleur; bon appétit, peu de toux, point de malaise. Lorsque le malade n'essayait point de marcher vite ou de monter les degrés, il se trouvait fort bien, et paraissait rempli d'espoir.

Deux ou trois jours après, ayant eu froid, Allard contracta un rhume qui fut marqué par une augmentation de toux, par la fréquence du pouls avec chaleur continuelle de la peau. — Je devins plus sévère sur le régime, j'insistai sur les boissons adoucissantes, les juleps mucilagineux aromatisés, éthérés, et je donnai quelques doses d'opium, afin de lui procurer de meilleures nuits.

Tant que ce catarrhe dura, la fièvre hectique parut intense, et la douleur pleurétique vive et

---

(1) Ces guérisons, qui ne sont que trop souvent provisoires, sont dues à la révulsion, comme je l'ai développé dans l'*Examen des doctrines*. Le soin qu'on prit ici de ménager l'estomac par un régime adoucissant a du moins modéré l'irritation que les émétiques et les amers avaient pu laisser.

continue. Le malade ne pouvait respirer s'il se couchait sur le côté droit; la percussion était douloureuse sur toute la circonférence du thorax; l'appétit avait disparu.

Il désira avec ardeur un vésicatoire, qui le soulagea beaucoup, et dont je fis entretenir la suppuration. Enfin les signes de la phlogose du parenchyme s'affaiblirent, et le 26 novembre, le malade demanda des alimens. — Bouillies, crêmes de riz, soupes légères.

Depuis lors la chaleur fébrile alla en diminuant, et les symptômes pleurétiques devenaient toujours plus obscurs; l'appétit était de la plus grande énergie : il parvint à manger, le matin, les trois quarts de la portion sans s'en trouver plus mal; et quoique le pouls ne cessât point d'être fréquent, Allard put récupérer assez de forces pour se promener dans l'hôpital pendant toute la journée.

Tel était son état le 28 décembre, lorsqu'il demanda à être envoyé à son dépôt pour y attendre sa réforme. Il sortit, et le 17 janvier 1807 je le reçus pour la seconde fois, mais dans un état tout-à-fait désespéré.

Il se présenta presque au dernier degré du marasme, la face dite *hippocratique*, pouvant à peine se soutenir, et toussant à chaque instant sans pouvoir expectorer : sa douleur de côté l'incommodait beaucoup; le pouls était petit et fréquent; mais cette agitation fébrile n'échauffait plus la

peau, qui paraissait aride et terreuse. Il se couchait à droite plutôt qu'à gauche. Il s'éteignit paisiblement le 20, vers le dix-septième mois à compter de la première attaque du point pleurétique.

Autopsie.

Habitude. Exténuation prodigieuse, les muscles réduits à de petits faisceaux à peine colorés, aucune infiltration. Le thorax n'avait que onze côtes ; la quatrième du côté droit se bifurquait avant de devenir cartilagineuse. La *Tête* n'offrait rien de remarquable. *Poitrine.* Poumon droit atrophié, collé au médiastin et sous la clavicule ; un grand espace entre ce viscère et les côtes. La plèvre qui le circonscrivait était épaissie, et avait passé à la dégénérescence lardacée. Ce vaste foyer était à-peu-près vide ; à peine y trouvâmes-nous quelques gros d'un fluide séreux et sanguinolent. Le parenchyme, incisé, fit voir quelques tubercules petits et secs. Il était rougeâtre, imperméable à l'air, mais mollasse et imitant assez bien la chair. Poumon gauche adhérent par des productions fibreuses, solides, crépitant, sans tubercules et sans engorgement, car le sujet n'avait plus de fluides. *Cœur* petit, vide et sain. *Abdomen.* Un peu de rougeur dans la muqueuse gastrique, à l'endroit du grand cul-de-sac. Ce viscère était ample, mais flasque, sans gaz et sans aucun fluide. Le foie me parut un peu volumineux.

Cette observation nous met sous les yeux une pleurésie chronique des plus évidentes qu'il soit possible de rencontrer ; mais elle nous donne encore occasion de faire plusieurs réflexions qui doivent servir à l'histoire des phlegmasies chroniques en général.

Nous y voyons d'abord que le mouvement fébrile n'a paru intense que quand le parenchyme était dans un état de phlogose ; qu'en apaisant cette irritation, on réduisait la pleurésie à ses symptômes propres, qui sont, dans cette observation, une douleur obtuse, le défaut de résonnement du côté malade, la dyspnée en montant, la toux sèche et la fréquence du pouls sans chaleur. Il nous devient évident que ces trois derniers symptômes sont l'effet de la compression du parenchyme, qui n'est jamais mieux ressentie que lorsque le sang y aborde en plus grande quantité. Elle nous fait voir, en outre, qu'une plèvre désorganisée, remplie de tissu lardacé et de petits dépôts de matière tuberculeuse, peut contenir encore des absorbans capables d'une action considérable. Nous verrons plusieurs fois cette résorption des épanchemens opérée pendant les dernières heures de l'existence, lorsqu'une phlegmasie qui a été long-temps obscure et languissante se ranime tout-à-coup aux approches de la mort.

Les petits tubercules qui ont été trouvés seulement dans le parenchyme comprimé paraissent

bien l'effet de l'irritation qu'occasionait cette compression; ils nous font présumer que, si le fluide de la cavité eût été plus difficile à résorber à mesure qu'il se formait, plus rapidement épanché, ou que si d'autres causes eussent concouru à rendre la pression plus considérable, le parenchyme aurait pu contracter une violente inflammation, qui aurait abrégé la durée de la maladie. La suite de nos observations mettra cette vérité dans tout son jour. L'histoire suivante est moins destinée à cet objet qu'à faire voir l'influence de la collection empyématique sur le cœur et sur les organes de la circulation.

XXe OBSERVATION.

Pleurésie chronique compliquée d'un petit nombre de tubercules pulmonaires suppurés, et de symptômes d'anévrysme du cœur.

Pellegrin, soldat au quatre-vingt-quatrième régiment d'infanterie de ligne, âgé de trente ans, taille moyenne, cheveux mous et d'un blond foncé, peau blanche et délicate, teint coloré, poitrine bien développée, membres assez charnus, entra à l'hôpital d'Udine le 7 août 1806 pour une difficulté de respirer avec toux, dont, quelque temps après, il me raconta l'origine, ainsi qu'il suit :

On l'avait envoyé, sept mois auparavant, aux

eaux d'Aix, près Chambéri, pour remédier à une roideur du genou gauche, résultat d'une luxation qui avait été long-temps négligée. Cet homme, qui, depuis près de dix-huit mois, avait la poitrine un peu faible, n'eut pas fait usage intérieurement des eaux minérales pendant une douzaine de jours, qu'il sentit au côté droit du thorax un point très-douloureux, accompagné de toux et de difficulté de respirer. Il continua encore l'usage des eaux deux jours, pendant lesquels la douleur de poitrine s'étant beaucoup accrue, le médecin qui dirigeait son traitement lui supprima l'usage de ce médicament.

Dès ce moment, la douleur et la fièvre diminuèrent, et Pellegrin se rétablit assez pour pouvoir être envoyé au dépôt de son régiment. Il y essuya encore plusieurs fatigues, qu'une dyspnée habituelle et des retours fréquens de point de côté lui rendaient de plus en plus insupportables. Enfin, se trouvant incapable de toute espèce d'exercice, il se rendit à l'hôpital, où, durant le premier mois, il ne présenta que les phénomènes suivans :

Face rouge, injectée, un peu tuméfiée; les yeux saillans et humides, comme près de larmoyer; inspiration pénible, un peu sibilante; toux fréquente, profonde, sourde; expectoration copieuse, muqueuse, claire; pouls petit, concentré, irrégulier et mou, tandis qu'on distinguait à la région du coeur une pulsation confuse, éten-

due, multiple, mais peu élastique. Le malade ne pouvait faire quelques pas sans être près de suffoquer et sans éprouver des palpitations. Il dormait peu, et toussait presque toute la nuit. — Le côté droit de la poitrine était très-douloureux à la percussion, qui était fort peu sonore; le malade s'inclinait toujours à gauche, et restait habituellement sur le dos. Il mangeait beaucoup, et digérait sans incommodité.

Au bout d'un mois de bonne nourriture et d'immobilité, je m'aperçus que son coloris avait considérablement augmenté, que la respiration était plus laborieuse; la toux plus fréquente et plus prolongée dans l'expiration. Les crachats étaient devenus sanguinolens; l'agitation du cœur était plus tumultueuse; le pouls avait pris de la fréquence et beaucoup de roideur, et la chaleur de la peau était devenue forte et sèche.

Je jugeai que la pléthore établie par une bonne nourriture avait engorgé les capillaires pulmonaires, et que le parenchyme se disposait à l'inflammation. — Jusque là je m'étais borné aux pectoraux adoucissans et à quelques juleps anodyns, croyant la maladie de nature anévrysmatique et au-dessus de tous les remêdes. Mais l'appareil inflammatoire me donna l'éveil, et je fis pratiquer une saignée du bras : elle procura un calme de trois heures, après lequel la dyspnée reparut, mais beaucoup moindre. Je pensai aussi qu'il était utile de solliciter les sécrétions séreu-

ses, et j'ajoutai l'oxymel scillitique aux juleps pectoraux.

Réfléchissant ensuite aux progrès de la maladie, dont jusque là j'avais ignoré les particularités, je me représentai la cavité droite comme livrée aux ravages d'une inflammation chronique dont le principal siége me parut être la plèvre, à cause de l'extrême sensibilité de toute la paroi, et du peu de son qu'elle donnait à la percussion.

Les symptômes anévrysmatiques ne me semblèrent plus que consécutifs et produits par le développement de la cavité droite, qui repoussait le cœur à gauche, et l'appliquait fortement contre les côtes.

Quoique toutes les présomptions me fissent augurer une issue fatale, je ne laissai pas de faire appliquer un vésicatoire sur le sternum. Ce moyen, et surtout la diète, secondés des potions anodynes éthérées et oxymellées, ramenèrent Pellegrin, dans l'espace de sept jours, à l'état de calme où il était avant l'exaspération. Mais il resta beaucoup plus débile, se plaignant que toute la moitié droite de son corps était douloureuse. Le voyant en état de soutenir l'effet des scillitiques, je revins à leur usage, qui me parut réclamé par un commencement d'œdême de l'extrémité abdominale du côté souffrant.

Depuis le 20 août jusqu'au 29, il ne se passa rien d'extraordinaire : Pellegrin s'émaciait et se décomposait peu à peu; ses extrémités inférieures

se relâchaient et s'infiltraient; le pouls s'élevait et durcissait un peu le soir; la toux redoublait la nuit, et il était besoin de fortes doses d'opium pour procurer quelques heures de sommeil. Il y avait, dans le redoublement, des sueurs copieuses, et la rougeur, beaucoup moins répandue sur la face, qui commençait aussi à se salir, à s'excaver et à se rider, était très-foncée aux pommettes. Le malade ne pouvait plus sortir du lit; il était tourmenté par l'appétit; et si je lui accordais plus que le quart avec les petits alimens, les symptômes inflammatoires menaçaient constamment de reparaître.

Le 30 août, il me dit qu'il avait la diarrhée depuis la veille. J'observai aussi augmentation de fréquence dans le pouls, chaleur plus forte, redoublement d'anxiété; le ventre se météorisa; il accusait de petites douleurs dans la circonférence du nombril. J'eus recours aux gommeux, au riz, à la bouillie, etc.; il vécut encore trois semaines en perdant chaque jour quelque chose de ses forces, par la double influence d'une diarrhée douloureuse, et d'une toux qui lui enlevait le sommeil. L'appétit se soutint jusqu'à la veille de la mort, et j'ose croire que je la reculai de plus d'un jour, en l'excitant doucement quand je le voyais près de défaillir, en le remettant aux mucilagineux et à la bouillie aussitôt que la dyspnée, le pouls et les douleurs du ventre m'annonçaient que l'excitabilité demandait à être ménagée.

Il s'éteignit enfin le 24 septembre, sans agonie, et ayant conservé le jugement et la présence d'esprit jusqu'au dernier instant. Les principales époques de sa maladie sont : seize mois depuis l'invasion du point de côté ; quarante-cinq jours depuis l'exaspération inflammatoire du poumon ; vingt-cinq jours depuis l'apparition de la diarrhée.

Autopsie.

Habitude. Cadavre aux deux tiers du marasme ; la seule extrémité abdominale droite est infiltrée ; l'examen du genou gauche a montré la capsule relâchée et la synovie abondante. *Tête.* Rien de remarquable. *Poitrine.* La cavité droite remplie d'un fluide blanc, lié, crêmeux, exhalant une légère odeur de pâte. La plèvre qui renferme cette humeur est rouge, épaissie, granuleuse ; elle est tapissée, tant sur le poumon et le médiastin que sur les côtes, d'une exsudation peu épaisse, inorganique, qui manque en plusieurs points où la séreuse paraît à nu. — Le parenchyme, repoussé au haut de la cavité, est atrophié et réduit à la grosseur d'une pomme ou d'une orange ordinaire ; il n'est point désorganisé, mais on y aperçoit quelques points tuberculeux. — Dans le coté gauche, il n'y a point d'épanchement ; la plèvre est saine ; on lui voit seulement quelques adhérences anciennes et bien organisées. Le parenchyme remplit à-peu-près la cavité ; il est cré-

pitant dans les trois quarts de son volume ; en quelques points isolés de sa portion moyenne, et dans sa partie supérieure presque toute entière, il offre des traces d'induration rouge au milieu de laquelle on voit d'assez nombreux tubercules, dont plusieurs sont fondus et suppurés. Le *cœur* est un peu arrondi et comme tenu en dilatation par des caillots rouges, solides, qui remplissent ses deux ventricules. *Abdomen*. Le péritoine ne contient point de sérosité ; l'estomac sain ; l'arc du colon dilaté par des gaz ; ses portions latérales ne le sont pas. La membrane muqueuse de cet intestin offre une multitude de points bruns et même noirs, avec perte de substance de toute son épaisseur ; les intervalles de ces points sphacelés sont rouges et un peu tuméfiés. La muqueuse des intestins grêles n'est rouge que dans quelques lieux isolés, mais sans désorganisation. Le foie est jaune, et dans cet état qu'on appelle *gras*.

Je n'entreprends point de décider quelle part l'usage interne des eaux minérales peut avoir eue dans la production de cette pleurésie chronique (1) : je ne veux avoir égard qu'aux symptômes étrangers à cette phlegmasie.

---

(1) Parmi les malades que nous envoyons annuellement du Val-de-Grâce aux eaux de Bourbonnes-les-Bains, ou à celles de Barège, il s'en trouve toujours quelques-uns aux-

Les premiers qui se sont manifestés après le point de côté, ce sont ceux de l'embarras de la circulation ; ils ont été l'effet de la collection ; je m'en suis convaincu en questionnant souvent le malade pour m'assurer s'il n'avait point été sujet à la dyspnée et aux palpitations avant l'époque des eaux minérales. Ses réponses, obstinément négatives, m'embarrassaient d'autant plus, que je ne croyais pas encore assez à la pleurésie chronique pour oser lui attribuer tous les désordres de la circulation.

A force d'être comprimé, le parenchyme s'est enfin phlogosé, et, chose remarquable, l'irritation des capillaires sanguins a été plus vive dans le parenchyme du côté opposé, peut-être parce qu'elle n'était point divertie par la phlogose de la plèvre (1).

C'est à cette époque, quarante-cinq jours avant la mort, que les symptômes de la phthisie pulmonaire se sont manifestés. Il est donc probable que les tubercules n'ont fait de grands progrès que

---

quels ces stimulans occasionent des phlegmasies pectorales, abdominales ou des apoplexies ; souvent aussi ces eaux font faire des progrès aux hypertrophies du cœur, et les convertissent en anévrysme.

(1) Le poumon non comprimé se développe à l'excès pour suppléer à l'autre, et s'enflamme par la partie la plus irritée, c'est-à-dire par la muqueuse et par le parenchyme. On peut suivre de l'œil le développement de cette complication, qui finit par être funeste.

pendant cet intervalle ; mais la mort est arrivée avant que leur ulcération ait eu le temps de consumer le viscère.

La diarrhée est venue ajouter aux nombreuses causes de destruction qui pesaient sur le malheureux Pellegrin : elle dépendait de cette phlogose ulcéreuse de la membrane interne du colon, dont les traces étaient évidentes sur le cadavre. Nous nous bornerons présentement à faire observer que cette lésion et le symptôme qu'elle entraîne n'existaient point chez Allard (*Observation XIX*). Nous verrons, par la suite, comment il faut envisager ces diarrhées finales que l'on appelle *colliquatives*.

Continuons de nous exercer à bien distinguer les symptômes de la pleurésie prolongée, en méditant une observation où cette maladie était la seule lésion de la cavité thoracique.

XXIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique simple, à collection purulente circonscrite.

Le nommé Rau, conscrit, entra à l'hôpital d'Udine vers la mi-avril de l'an 1806, disant être malade depuis trente jours, et avoir été saisi du mal en route. Il arrivait de France, et était destiné pour le quatre-vingt-quatrième régiment, en garnison à Udine. Ce jeune homme était d'une

taille haute, cheveux châtains foncés, poitrine bien développée, les muscles un peu grêles, quoique robustes; il avait le tissu graisseux effacé, et tous les attributs de ce qu'on appelle *tempérament bilioso-mélancolique*. D'abord, à son arrivée, j'observai de la toux avec un visage rouge aux pommettes, et une douleur fixe au côté droit, répondant aux trois dernières côtes asternales. Il y avait aussi diarrhée, et la fièvre était vive.

Interrogé sur l'invasion, le jeune homme ne put me rendre un compte exact de tout ce qu'il avait éprouvé; il se contentait de dire que la douleur de côté et la toux avaient existé dès le premier moment de sa maladie; que bientôt il avait été réduit à monter sur les voitures qui conduisaient les équipages des conscrits, et que, de cette manière, il avait traversé une partie de la France et de l'Italie, jusqu'à Udine.

Je le mis à l'usage des boissons mucilagineuses, des juleps pectoraux; et, dans l'espace de huit à dix jours, je fis répéter plusieurs fois le vésicatoire, comme rubéfiant, sur différens points du thorax, toujours le plus près possible du lieu douloureux.

Au bout de ce temps, la fièvre se calma, la diarrhée diminua; mais la toux resta la même, et le point de côté, quoique moins importun, ne se dissipa point.

En même temps que l'état aigu se calmait, l'appétit renaissait. Croyant alors que la principale

indication était de remonter les forces, j'accordai des alimens un peu plus succulens, et je permis du vin. Le 30 avril, Rau semblait convalescent. — Le 2 mai, la toux s'exaspéra, et la diarrhée menaça de récidiver; le pouls et la chaleur s'élevèrent. Diminution des alimens, retour aux mucilagineux. En deux jours le calme fut rétabli.

Depuis le 5 mai jusqu'au 8 juin, qui fut son dernier jour, Rau présenta les phénomènes dont j'offre ici le tableau :

Retour des forces au point de pouvoir se promener; bon appétit, point de fréquence du pouls, bonne couleur; mais toux nocturne; et, de temps en temps, en marchant ou en toussant, la douleur de côté se faisait ressentir.

Vers le 20 juin, étant à la demie depuis plusieurs jours, fréquence du pouls, augmentation de la toux, le point mieux senti, l'appétit émoussé, insomnie. — Je diminuai les alimens, je donnai de l'opium le soir : — soulagement. L'opium devint si nécessaire que, sans cela, le malade n'avait plus de sommeil à espérer.

Le peu de force que Rau avait récupéré fut dissipé par cette exaspération; il ne pouvait plus se soutenir debout, tout son corps devenait d'une maigreur effrayante; mais, à l'aide de l'opium et par l'attention de ne lui donner qu'un peu de soupe, de crême de riz ou de bouillie, il ne se plaignait que de la diminution graduelle de ses

forces. Son visage ne perdit jamais sa fraîcheur; il fut toujours d'un rouge clair, qui devenait plus foncé aux pommettes après le repas, et surtout le soir, époque où le pouls prenait ordinairement un peu de fréquence.

La diarrhée, que les alimens avaient encore ramenée, disparut par le régime et quelques cuillerées de vin sucré.

Les premiers jours de juin, je m'aperçus d'une disposition à l'œdême. L'appétit était prodigieux; la demie lui suffisait à peine, et ne causait plus ni diarrhée ni accélération du pouls; il semblait s'être habitué à la toux et au point de côté, qui ne lui causaient aucun travail, du moins visible, de la respiration. Mais les progrès de la maigreur des parties supérieures, le gonflement croissant du ventre et des extrémités inférieures, la perte absolue des forces, annonçaient la fin prochaine. Elle fut précédée, deux jours à l'avance, par une forte diarrhée, et un érysipèle étendu de la cuisse droite, qui était fort douloureux. Cette inflammation devint livide et jaune, et, le lendemain de son apparition, elle était gangréneuse. Le malade entra dans une agonie comateuse avec respiration lente, qui l'emporta au bout de douze à quinze heures, le quatre-vingtième jour de sa maladie.

Autopsie.

Habitude. — Maigreur extrême, et décoloration, œdême des muscles abdominaux, sphacèle des parties frappées d'érysipèle. *Tête.* Flaccidité, sérosité dans les ventricules latéraux. *Poitrine.* Les deux lobes sains, crépitans dans leur parenchyme, le gauche libre. Le droit adhère par-tout, avec peu de force, par un tissu rouge, celluleux et fragile, excepté au côté externe, où il s'écarte des côtes pour former une cavité qui contient à-peu-près une pinte et demie de pus très-blanc, très-bien lié, un peu gluant, inodore, semblable à de la crême. Ce foyer est circonscrit par la plèvre pulmonaire et costale, qui, par-tout, est tapissée d'une exsudation caséiforme, fort épaisse, sous laquelle on voit la membrane épaissie et injectée. Le parenchyme de ce côté est évidemment plus rouge et plus dense que l'autre, mais toujours crépitant. *Abdomen.* Beaucoup de sérosité citrine dans le péritoine. Les intestins et l'estomac rétrécis, mais sains et sans injection dans toutes leurs membranes. Tout le reste est dans l'état physiologique.

Il était difficile de trouver un exemple plus frappant de l'existence de la pleurésie simple. Celle-ci ne fut point masquée dans son début; mais elle n'ac-

quit pas une extrême violence : c'est que la phlogose était bornée. Si la douleur a toujours conservé son siége et son caractère primitifs, n'est-ce pas parce que le produit de la phlogose est toujours resté circonscrit dans le même lieu? L'extension des points pleurétiques qui les émousse et les dénature nécessairement, qui les dissipe enfin, comme nous l'avons déjà fait remarquer, sera donc d'un très-mauvais augure, lorsque la toux et la dyspnée persisteront assez pour faire douter de la guérison complète d'une phlegmasie de la poitrine.

Le parenchyme était peu comprimé chez Rau : il ne s'y est point développé de tubercules, il ne s'y est point formé d'induration rouge. Aussi la fièvre hectique a-t-elle été si faible, qu'après l'état aigu elle ne paraissait plus, à moins que le malade ne s'abandonnât trop à son appétit. Cette circonstance pourrait la faire attribuer autant à l'extrême susceptibilité des voies gastriques, qu'à la pléthore des capillaires du poumon, qui se serait marquée par une dyspnée plus considérable. J'en infère, par les mêmes raisons, que ce militaire a été plutôt épuisé et conduit au marasme par le vice de la force assimilatrice, que par la désorganisation du viscère de la respiration (1).

---

(1) L'expérience que j'ai acquise depuis cette observation ne me permet pas de douter qu'il n'y ait eu chez Rau une gastro-entéro-colite; mais son ancienneté lui avait fait perdre

Mais toutes ces vérités ne sauraient être bien senties qu'à force de faire des rapprochemens. Je continuerai donc l'exposition des faits que je crois les plus propres à en fournir la matière.

L'observation que je vais rapporter offre encore une pleurésie chronique simple, dont le début s'est marqué par la douleur; mais cette douleur n'était plus telle que nous l'avons vue jusqu'ici, et l'autopsie rend parfaitement raison de cette singularité. Le reste des symptômes, et l'état cadavérique qui leur correspond, ne sont pas moins dignes de la méditation des médecins physiologistes.

XXIIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique à épanchement sanguin.

Bourgeois, âgé de vingt-deux ans, brun, taille très-haute, mais arquée par la courbure du rachis, poitrine vaste, formes allongées, muscles peu saillans, teint pâle et obscur, souffrait depuis trois mois de la poitrine lorsqu'il fut évacué d'un autre hôpital sur celui où j'étais employé à Udine; il avait d'abord été attaqué, à Venise, d'une toux accompagnée de douleur aiguë de toute la partie

sa rougeur, et l'avait fait passer au brun couleur d'ardoise; mais je ne connaissais pas alors la valeur de ce signe cadavérique. Sans doute aussi que la révulsion opérée par l'érysipèle avait contribué à décolorer la muqueuse intestinale.

antérieure et supérieure de la poitrine, et d'une fièvre fort vive; il crachait peu et jamais de sang. — Ces symptômes se calmèrent au bout de quelques jours de traitement, et Bourgeois rejoignit son corps. Mais les progrès de la toux, qui n'avait jamais entièrement cessé, l'obligèrent d'entrer à l'hôpital d'Udine les premiers jours de février 1806. Dès le commencement de son séjour à l'hôpital, son catarrhe me parut accompagné de chaleur de la peau avec roideur et fréquence du pouls; mais tout cela n'était bien marqué que dans la soirée. Le malade toussait beaucoup la nuit et ne pouvait cracher; l'appétit était fort bon. — Je le traitai par les boissons pectorales, les vésicatoires, un peu d'opium le soir, et le régime féculent et gélatineux. — Au bout d'une quinzaine de jours, il se dit beaucoup mieux, et tout en lui l'annonçait; il mangeait la demie sans aucun accident.

Pendant la nuit du 27 au 28 février, il passa un coup de vent impétueux, accompagné de neige, qui ouvrit ou brisa plusieurs croisées de la salle où il était, et quelques précautions qu'on pût prendre, Bourgeois fut très-vivement saisi par le froid.

Depuis ce moment, la dyspnée fut renouvelée et la respiration laborieuse; le pouls devint vif, fréquent et petit : aussi la peau ne s'échauffa-t-elle que faiblement. Bourgeois parut dans un état d'anxiété des plus pénibles : on le voyait couché

sur le côté gauche, la tête et les genoux fléchis, position qu'il ne quittait plus, toussant beaucoup et ne pouvant cracher.

Les boissons tièdes, légèrement diaphorétiques, les juleps aromatisés, opiacés, les vésicatoires, lui furent prodigués d'abord avec bien peu de succès; car, en sept à huit jours, on lui vit les mains, les pieds et les paupières infiltrés; la peau devenait froide; l'anxiété, le dégoût, la faiblesse lui rendaient indifférent tout ce qui se passait autour de lui.

Cependant, le 10 mars, le visage parut meilleur; Bourgeois se redressa et demanda des alimens. Comme il toussait toujours, que la respiration s'exécutait encore avec une élévation pénible de la poitrine, je ne crus pas devoir satisfaire son appétit; il fut tenu à la soupe, au riz, etc., et le traitement anti-spasmodique, adoucissant et légèrement diaphorétique fut continué.

Depuis cette époque jusqu'aux premiers jours d'avril, dyspnée habituelle, respiration élevée et laborieuse, toux sèche, nocturne, pouls fréquent, mais très-concentré; le développement de l'artère était à peine sensible, point de chaleur, œdême de la face et des extrémités, grand appétit, peu de diminution dans le volume des muscles. Cet indocile malade se procurait des alimens aussi souvent qu'il le pouvait. Enfin, le 3 avril, diarrhée, qui hâte le dépérissement et la décoloration générale.

Le 12, il mourut en agonie avec la respiration lente et laborieuse, cinq mois après l'invasion première, et quarante-trois jours après la rechute.

Autopsie.

Habitude. Marasme très-avancé, légère infiltration, muscles peu colorés. *Poitrine.* Les deux lobes, et surtout le droit, déprimés par une sérosité rouge, et qui a laissé déposer sur la plèvre de la partie postérieure où reposait le cadavre, de gros caillots de sang d'une nuance foncée, très-consistans.

La plèvre, tant des parois que du parenchyme, épaissie, rouge, semée de grains tuberculeux, et tapissée d'une couche d'exsudation jaunâtre, qui s'aperçoit après qu'on a enlevé le sang coagulé. Le lobe droit, qui est le plus déprimé, n'est point endurci; il contient beaucoup d'air et une sérosité jaune qui s'écoule abondamment à la coupe; elle paraît venir du tissu cellulaire inter-lobulaire, 1°. parce qu'elle est plus abondante autour des ramifications des bronches; 2°. parce qu'on aperçoit une traînée de tissu cellulaire à forme de chair d'orange, qui fait plusieurs contours dans la substance du lobe, et qui, lorsqu'on l'incise, fournit beaucoup de liquide séreux (1). Du reste,

(1) Ce tissu pouvait bien n'être autre chose qu'une pleu-

la coupe du parenchyme ne donne aucun sang, même en divisant les gros vaisseaux, tandis que la cavité en est inondée. — Le lobe gauche, moins déprimé que le droit, est moins séreux, et l'on y voit plusieurs glandes bronchiques devenues tuberculeuses, dont quelques-unes même sont creusées dans leur centre : autour d'elles le parenchyme est hépatisé. — *Cœur*. Petit, arrondi. — *Abdomen*. Le foie, volumineux, paraît gonflé par le sang.

La douleur aiguë ressentie, dans le principe, à la partie supérieure de la poitrine, n'était-elle pas l'effet de la phlogose de la membrane séreuse?

Les pleurésies doubles sont rares, et l'on nous en parle fort peu. Aussi ne sommes-nous portés à soupçonner cette phlegmasie que lorsque les malades nous accusent un point unique, fixe et circonscrit de l'un des côtés du thorax. Mais si les deux plèvres sont attaquées en même temps, si elles le sont dans toute leur étendue, la douleur doit-elle être aussi pongitive et aussi bornée qu'elle le fut dans la pleurésie de Rau? L'extension que nous lui avons vu prendre dans le passage de l'état aigu à l'état chronique, l'exemple du sergent chez qui la séreuse du cœur partageait la phlogose de celle des poumons, ne nous

---

résie inter-lobulaire. Je suis fâché de ne l'avoir pas vérifié dans le temps; mais aujourd'hui je le présume.

feraient-ils pas plutôt présumer que la douleur pongitive et bornée correspond à un point d'inflammation peu étendu, et la douleur générale à une phlogose répandue dans toute l'étendue de la membrane? Cette question exige de nouveaux éclaircissemens.

La longue durée d'une toux sans crachats me fait penser que la phlogose pleurétique existait toujours quand Bourgeois fut reçu à l'hôpital d'Udine; mais allait-elle guérir lorsque le froid vint porter à ce malade le coup auquel il a paru succomber? Répondre affirmativement, ce serait sans doute être un peu téméraire. Nous concevons difficilement qu'une pleurésie soit curable lorsque les deux surfaces enflammées sont écartées l'une de l'autre par l'interposition d'une exsudation lymphatique, en partie dissoute dans la sérosité ou par des caillots de sang. Mais, d'un autre côté, qui nous assure que les cavités pleurales de Bourgeois fussent dans cet état avant l'ouragan qui lui a été si funeste? On convient généralement que les inflammations de la plèvre ne peuvent se guérir qu'au moyen d'une adhérence. N'est-il pas probable que cette adhérence est le produit de l'organisation de la matière qui transpire au moment où l'irritation commence à diminuer? N'avons-nous pas trouvé dans les différens cadavres dont l'ouverture a été consignée dans l'histoire du catarrhe chronique, tous les degrés d'organisation dont cette matière est suscep-

tible? Melkum (*Observation V*) avait dans la plèvre droite des brides membraneuses serrées et très-solides, comme on en remarque fort souvent chez des sujets qui n'ont point péri par la poitrine; et, dans la plèvre gauche, des productions d'apparence gélatineuse, mais déjà celluleuses, rougeâtres, exprimant du sérum lorsqu'on les pressait, et laissant entre elles des vacuoles qui en étaient remplies. Ces nouveaux tissus s'étaient allongés pour se prêter à la dépression du poumon. — Chez Cario (*Observation II*), même disposition, et dans les lieux où l'exsudation ne communiquait point de la plèvre pulmonaire à la costale, on ne lui voyait plus aucune trace d'organisation. — Chez Thiberge (*Observation VII*), la nouvelle exsudation se remarquait dans les intervalles qui se rencontraient entre les anciennes brides. — Dans le cadavre d'un nommé Cotin, qui succomba à la double influence d'une pleurésie chronique et d'une violente dysenterie, je trouvai le poumon droit de la grosseur du poing, et, par conséquent, fort éloigné des côtes. Cependant, il communiquait encore avec la plèvre costale par des brides celluleuses rouges, poreuses, dont plusieurs avaient plus de quatre pouces de longueur. Elles étaient encore tendres, faciles à déchirer, et en les pressant j'en exprimai de la sérosité, comme on en voit sortir des concrétions du cœur qui ont eu le temps de s'organiser.

De tous ces faits, ne peut-on pas induire qu'il exsude de la surface libre de la plèvre enflammée un liquide qui présente d'abord les caractères extérieurs de la gélatine et de l'albumine, et qui est destiné à servir de moyen d'union entre les deux surfaces contiguës; que ce liquide acquiert, en se concrétant, une véritable organisation, et finit par ressembler à la membrane dans laquelle il se confond; que c'est ainsi que sont produites la plupart de ces brides que l'on trouve si souvent dans les cadavres des personnes qui ne sont point mortes d'une maladie de la poitrine?

Il y a long-temps que les pères de l'art ont énoncé cette opinion. Plusieurs médecins de l'école de Paris, qui se sont livrés à l'anatomie pathologique, ont vérifié cette tendance des exsudations inflammatoires à l'organisation. M. Bayle en a parlé très-positivement. M. Baillie, docteur anglais, l'a démontrée dans un ouvrage rempli de tableaux d'anatomie pathologique infiniment intéressans : il n'est donc plus possible d'en douter. Aussi n'aurais-je pas pris la peine de rapprocher les faits qui me sont propres, si je n'avais eu que le dessein d'ajouter aux preuves que nous possédons. Mais j'en veux tirer des conclusions tendant à rectifier la thérapeutique des pleurésies.

Pour être propre à se bien organiser, le produit de l'inflammation doit avoir certaines qualités qui sont subordonnées à l'action des capil-

laires phlogosés; mais il est toujours bien certain qu'il ne peut achever de se convertir en un tissu vivant si l'irritation morbide de la plèvre ne cesse. Lorsqu'elle continue, les fluides sont exhalés dans une proportion qui ne permet plus aux absorbans de maintenir l'équilibre; les deux surfaces déjà unies sont écartées; le nouveau tissu, encore tendre et fragile, commence par céder, ainsi que nous l'avons observé dans plusieurs cadavres, et notamment chez Cotin, et finit par se rompre tout-à-fait. Dès qu'il ne communique plus d'une surface à l'autre, il perd ses attributs d'organisation; il ne paraît plus que sous la forme d'une fausse membrane : bientôt il se décompose; une partie se dissout dans la portion fluide de l'exsudation; le reste, toujours adhérent à la plèvre, ne peut plus que jouer le rôle d'un corps étranger qui s'oppose à l'adhérence, et la maladie devient incurable.

Si c'est ainsi qu'il faut expliquer la guérison et l'incurabilité des phlogoses séreuses, on conçoit que le nombre des pleurésies chroniques guérissables doit être infiniment petit. Ne semble-t-il pas, en effet, que toute prolongation de la phlogose doit d'abord produire l'accumulation que l'on redoute? Gardons-nous cependant d'être aussi prompts à juger. Est-il donc impossible que l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption se maintienne quelque temps pendant la chronicité? Je conviens que cela doit être difficile. Mais à l'ar-

ticle du traitement je ferai part des raisons que j'ai de croire à la curabilité de certaines pleurésies déjà invétérées. En attendant, je puis faire observer que celle qui existait chez Bourgeois semblait près de se terminer heureusement lorsqu'il fut frappé du froid. Pourquoi donc ne mettrais-je pas en question si l'organisation déjà commencée de l'exsudation n'a pas été brusquement interrompue par la pluie sanguine qui a eu lieu dans la membrane séreuse?

On ne saurait douter que cette espèce d'hémorrhagie soit bien postérieure au mouvement inflammatoire qui a produit la fausse membrane qu'on a trouvée étendue immédiatement sur la plèvre : les symptômes observés depuis le refroidissement sont de nature à faire penser aux hémorrhagies. En effet, le malade était insensible, sans coloration, sans chaleur, et presque sans pouls ; et après avoir passé quelques jours dans cet état, on l'a vu se réchauffer, et demander des alimens. — N'est-il donc pas probable que l'hémorrhagie s'est faite pendant ces dix jours de torpeur, que sa cessation a permis au pouls de reprendre un peu de vigueur, et que ce travail de la respiration, qui n'a plus cessé jusqu'au dernier soupir, était l'effet de l'épanchement?

On pourrait objecter contre la curabilité, soupçonnée possible avant l'hémorrhagie, que les tubercules observés dans le tissu de la plèvre étaient un obstacle à la guérison. Mais il faudrait

d'abord prouver qu'ils n'ont pu se développer depuis le refroidissement. Je renvoie cette question à un autre moment.

L'inspection du cadavre de Bourgeois me paraît encore propre à confirmer une des vérités que j'ai énoncées d'une manière générale; savoir : que l'irritation affecte de persister dans les tissus où elle a pris naissance. La plèvre déjà phlogosée devient le suppléant de la peau engourdie par le froid, et la muqueuse n'en est pas plus malade. Le parenchyme du côté où l'hémorrhagie fut le plus copieuse, loin de s'enflammer, s'affaisse et ne contient plus que de la sérosité et des gaz; tandis que celui où la plèvre a le moins souffert présente quelques points d'induration rouge autour des tubercules qui s'y étaient développés.

Toutes les pleurésies que nous avons examinées jusqu'ici étaient indépendantes des autres maladies; nous allons maintenant en présenter plusieurs qui ont été compliquées avec la fièvre intermittente. Nous leur reconnaîtrons toujours un caractère uniforme, ainsi que nous l'avons observé pour le catarrhe; et tout en continuant de remarquer les nuances et les variétés de cette phlegmasie séreuse, nous acquerrons de nouvelles données pour nous rendre compte de l'influence du frisson fébrile sur les capillaires des organes intérieurs.

XXIIIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique compliquée d'une fièvre intermittente.

Chenevois, âgé de vingt-deux ans, brun, maigre, peu musculeux, très-sensible, ayant le système artériel (1) fort actif, garda cinq mois la fièvre intermittente tierce et quotidienne. Dès le commencement, il ressentit, au côté gauche de la poitrine, une douleur fixe qui s'étendait jusqu'à la région iliaque. Cette douleur fut long-temps légère et ne se prononçait distinctement que dans les exercices fatigans : aussi le malade y faisait-il peu d'attention. Cependant il toussait habituellement et ne pouvait expectorer.

Dix jours après que la fièvre l'eut quitté, la douleur s'exaspéra tout-à-coup. En même temps efforts réitérés pour tousser, arrêtés par la douleur; impossibilité de se coucher sur le côté malade ni sur le dos; nécessité d'être toujours assis.

Après quinze jours de cet état, on le porta sur une charrette pour être passé en revue avec son régiment, ce qui redoubla ses souffrances. Le surlendemain, il entra à l'hôpital d'Udine, le 4 juin 1807, sur la fin du sixième mois. J'observai :

Dyspnée, respiration entrecoupée, toux sèche,

---

(1) C'est-à-dire le cœur.

peau chaude et âpre au toucher; pouls vif, dur, fréquent; teint pâle avec rougeur circonscrite du milieu des joues, agitation. La douleur était si aiguë, que le malade ne pouvait supporter la percussion. — Régime et médicamens anti-phlogistiques, huit sangsues sur le point douloureux : elles procurèrent un écoulement abondant, après lequel la douleur était presque disparue. Mais comme les autres symptômes persistaient et que le pouls acquit beaucoup de dureté dans la soirée, je fis pratiquer une saignée de six onces, qui produisit une grande diminution des symptômes. Les jours suivans, des boissons adoucissantes furent continuées, et l'on appliqua des cataplasmes qui achevèrent de faire disparaître le point de côté. Alors la percussion put être faite, et je me convainquis que le côté droit rendait un son fort clair, tandis que le gauche ne résonnait aucunement.

Le 23 juin, dix-neuf jours après son entrée, il ne conservait plus aucun vestige de sa douleur de côté; il toussait beaucoup moins, il crachait un peu et avec assez de facilité. Le pouls, toujours très-fréquent, était beaucoup moins dur et moins vif, la chaleur de la peau était très-diminuée. Depuis long-temps l'anxiété et l'agitation avaient disparu, il ne se plaignait ni de compression ni de suffocation : cependant son teint avait quelque chose de livide et de veineux (1); la poitrine se dila-

(1) Cette couleur n'était point le produit d'un obstacle au

tait avec une espèce d'effort convulsif; la percussion ne résonnait plus aussi bien à droite; on remarquait une disposition à la bouffissure, et une élévation du ventre dans la soirée, avec constipation. — Quelques diurétiques furent ajoutés aux adoucissans; bols d'opium et d'ipécacuanha.

Le 14 juillet, Chenevois s'exténue, désenfle, s'affaiblit, se dit fort bien; toujours fréquence sans chaleur. Les deux côtés de la poitrine ne rendent aucun son. Diminution de l'appétit, légère diarrhée, ecchymose d'apparence scorbutique. Toniques, diurétiques, du vin, régime adoucissant et restaurant.

Le 17, l'infiltration est considérable. Cependant la fréquence et la chaleur se sont accrues, peu de sommeil, difficulté à uriner, décomposition de la physionomie.

Le 18, mort paisible, sept mois et demi après l'invasion de la maladie.

Autopsie.

Habitude. OEdême universel, et cependant les muscles encore assez rouges et peu diminués. *Poitrine.* Les deux lobes affaissés et considérablement diminués de volume; les cavités remplies par un liquide sanguinolent chargé de caillots fibrineux.

---

cours du sang; mais l'effet d'une gastro-entérite chronique.

Le lobe droit était refoulé en arrière, en dedans contre le médiastin, et en haut sous la clavicule. Le gauche adhérait en avant aux parois thoraciques. La phlogose pleurétique avait eu lieu postérieurement, et la collection s'y était faite. Le liquide reposait sur le diaphragme, qu'il avait abaissé bien au-dessous de la dernière côte asternale, de manière à former une poche très-saillante dans la cavité abdominale. La portion postérieure et inférieure du rebord tranchant du lobe était remontée et à-peu-près affaissée par la pression du fluide épanché. Elle paraissait avoir été le noyau de la phlogose, à en juger par l'épaississement, la rougeur de sa séreuse et l'épaisseur de l'exsudation qui la revêtait. *Abdomen*. Légère rougeur dans la muqueuse gastrique; rougeur foncée portée au noir dans celle du colon et du cœcum. — Quelques lombrics dans l'estomac.

Dans cette observation, la douleur s'est développée insensiblement : aussi n'a-t-elle point excité de mouvement fébrile particulier. La fièvre intermittente fut long-temps la maladie principale (1); mais enfin, soit que les remèdes l'eussent détruite, soit que les progrès de la phlogose séreuse aient suffi pour changer l'ordre des mouvemens organiques, cette phlogose est restée

(1) Elle dépendait d'une gastro-entérite.

seule (1). Elle était encore latente; mais à peine le malade a-t-il commencé à réparer ses pertes, qu'on la voit tourner à son profit (2) ce qu'il a pu récupérer de forces, et prendre le caractère aigu.

Le traitement anti-phlogistique parvient à calmer la fièvre symptomatique, les topiques enlèvent la douleur, et les signes les plus saillans de la pleurésie n'existent plus. Mais la fréquence du pouls, le son obtus de la poitrine, le travail de la respiration, l'altération de la nutrition nous apprennent que la phlegmasie n'en persiste pas moins. Bien plus, elle s'étend et se communique au côté opposé, dont rien n'avait indiqué la souffrance jusqu'au moment où la percussion m'annonça qu'il était profondément intéressé. Bientôt la muqueuse du colon participe à l'irritation; mais les forces sont exténuées : aussi les tissus récemment attaqués ne résistent-ils pas, et leur phlegmasie se comporte comme celle du charbon et de la pustule maligne(3). La douleur d'un viscère qui n'avait point encore paru souffrir, et le désordre de la fonction dont il est chargé, voilà tout ce qui devient sensible pour le malade en proie à une affection chronique. Mais le médecin, qui a

(1) Elle était accompagnée de la gastro-entérite, qui persistait malgré la disparition des accès.

(2) La gastro-entérite s'est également exaspérée.

(3) Comme celle de tous les hommes très-affaiblis.

tout observé et tout calculé, prévoit aussitôt ou la gangrène de la partie irritée, ou, pour le moins, un *collapsus* qui donne lieu à la désorganisation.

Ainsi les phlegmasies de la plèvre peuvent, aussi-bien que celles du parenchyme, avoir un début insensible, prendre naissance pendant le règne d'une autre maladie, acquérir tout-à-coup une grande intensité, puis repasser à l'état obscur et latent : ainsi, soit simples, soit compliquées, elles conservent toujours le même caractère : ainsi la douleur correspond toujours au degré ou à l'extension de la phlegmasie. Arrêtons-nous encore sur ce point, parce qu'il intéresse éminemment le diagnostic de notre maladie.

Le point de côté se faisait sentir si bas chez Chenevois, qu'on aurait pu le croire abdominal, ou le prendre pour une variété de rhumatisme. Il nous est maintenant démontré qu'il devait être rapporté à l'abdomen, puisque la plèvre malade, déprimée par le pus, correspondait à la région iliaque. Les pleurésies qui commencent par la partie postérieure et inférieure de la cavité sont celles qui présentent le plus ce phénomène. Comment concevoir, en effet, que la douleur puisse être rapportée aux siéges que l'on a coutume de lui assigner dans la description de la pleurésie aiguë, lorsqu'elle n'est excitée que par un point d'irritation borné au rebord tranchant du lobe et à la plèvre diaphragmatique qui lui correspond ? Tout noyau inflammatoire se propage dans un rayon

plus ou moins étendu; si donc les viscères abdominaux ou les nerfs des ganglions semi-lunaires (1) sont irrités par le voisinage de la pleurésie, la douleur ne peut manquer de se faire sentir dans le bas-ventre.

Nous ferons la même remarque au sujet des péritonites commençantes, et qui ont leur foyer primitif aux environs du diaphragme. Ces réflexions nous font déjà sentir combien il importe de bien examiner l'état des fonctions avant d'assigner un siége aux douleurs obscures et profondes qui correspondent aux régions de notre corps où plusieurs organes sont en contact.

J'ajouterai encore, avant d'abandonner ce sujet, que les pleurésies qui prennent naissance à la partie inférieure des poumons sont quelquefois occasionés par des contusions ou des efforts. J'ai souvent rencontré de ces points douloureux chez les soldats qui travaillaient aux fortifications, et je les ai vus plus d'une fois dégénérer en véritables pleurésies. Ne pourrait-on pas avancer que si les secousses de la fièvre intermittente peuvent blesser la membrane séreuse de la poitrine, ce doit être particulièrement à la partie postérieure et inférieure, lieu où les lobes pulmonaires s'amincissent pour aller s'interposer en-

(1) Rien ne prouve que ces nerfs soient doués de sensibilité, si l'on en croit les expérimentateurs; mais les viscères ont aussi des cordons provenant de la huitième paire.

tre les côtes et le foie, ou entre les côtes, la rate et l'estomac? Le gonflement que le parenchyme éprouve durant le frisson fébrile n'expose-t-il pas la plèvre à être trop irritée par un frottement auquel elle est insensible, lorsque le poumon est dans son état de mollesse accoutumé? Je me borne à proposer cette question. Nous verrons si la suite des faits en rendra la solution possible.

L'observation suivante pourra peut-être y concourir.

XXIVe OBSERVATION.

Pleurésie chronique suite d'une fièvre tierce.

Roland, âgé de vingt-deux ans, très-blond, peau cendrée, chairs molles, extrémités des os volumineuses, squelette irrégulièrement développé, avait toujours été sujet à la toux, surtout aux approches de l'hiver. Il fut attaqué de la fièvre intermittente tierce le 18 octobre 1806, et quatre jours après il entra à l'hôpital militaire d'Udine, dans mon service.

Chaque accès était accompagné, pendant le froid, d'une toux violente, qui se dissipait dans la période de chaleur; mais vers le dixième jour il s'y joignit une douleur permanente au côté gauche de la poitrine, qui rendit les accès plus pénibles.

Comme le quinquina de l'hôpital était, à cette époque, de mauvaise qualité, ce malade fut traité

par les boissons amères et par les potions faites avec l'éther et le laudanum. La fièvre, affaiblie peu à peu, se dissipa tout-à-fait le vingtième jour du traitement. Mais le point de côté persistait. Il resta une toux profonde avec un bruit imitant le bouillonnement d'un liquide, et sans expectoration. Elle redoublait la nuit avec fréquence du pouls, chaleur de la peau et rougeur des pommettes; il y avait aussi enrouement, grande difficulté à prononcer, sentiment de suffocation. — Roland fut soumis au traitement adoucissant légèrement opiacé, à une diète farineuse et légère: un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine.

Le 20 novembre (vingt-neuvième jour de la fièvre, vingt-cinquième de l'entrée à l'hôpital, et le douzième ou treizième de l'addition du point pleurétique), la face parut bouffie, sans diminution des autres symptômes. Je fis entrer l'oxymel scillitique et le kermès dans ses juleps gommeux. Le régime fut continué. — La fréquence et la chaleur cessèrent durant le jour, et il ne parut plus qu'un mouvement fébrile nocturne avec exacerbation des symptômes pectoraux. Le malade ne pouvait se coucher sur le côté douloureux.

Le 25, exaspération du mouvement fébrile, injection veineuse et bouffissure de la face. Suppression des excrétions. — Diète; retour du calme.

Le 29, œdème devenu universel, embarras et gêne de la respiration, avec sentiment de pression et imminence de suffocation. — Il fut mis

au lait pour toute nourriture. — A compter du 1er décembre, amélioration inespérée. — Mais le 5, extinction de la voix, progrès considérables de l'infiltration ; le mouvement fébrile n'était presque plus sensible, et le malade se trouvait plus à l'aise sur le côté gauche, ce qui continua d'avoir lieu jusqu'au dernier moment. Ce côté ne laissait pas de lui faire éprouver de la douleur, et ne rendait aucun son quand on le percutait. — Potions légèrement excitantes (1).

Le 10 décembre et jours suivans, retour du mouvement fébrile, redoublement de la toux, expectoration épaisse, arrondie, opaque ; rougeur des pommettes, diarrhée brusque et copieuse, qui ne lui laisse plus de repos ; parole à voix basse, avec beaucoup d'effort ; disparition de l'œdême, qui est remplacé par le marasme. — Adoucissans mucilagineux, lait, opium. — Il se trouve beaucoup mieux, et conçoit de l'espoir. — Le 14, crachats sanguinolens, débilité extrême, œdême des extrémités, diminution de la réaction : il est sans cesse tourmenté par la toux bouillonnante et profonde. — Toniques, opium. — Il expire, en cet état, le surlendemain, vers le second mois de la fièvre, et le quarantième jour de l'invasion du point de côté.

---

(1) Aujourd'hui, je m'en abstiendrais.

Autopsie.

Habitude. Marasme très-considérable, peu de sérosité épanchée. *Tête.* Engorgement des capillaires de la pie-mère, qui ont laissé exsuder une rosée sanguinolente. *Poitrine.* Cavité droite : tout en fort bon état. Cavité gauche remplie d'un liquide séro-purulent. Le poumon repoussé au haut de la voûte thoracique, réduit au volume d'une grosse orange, endurci, contenant des tubercules autour des ramifications des bronches, et qui me parurent être des glandes bronchiques. Elles étaient réduites à l'état pulpeux blanc, mais aucune n'était vidée. — La membrane interne de la trachée rouge et même noire, depuis la moitié inférieure de ce conduit jusqu'où l'on pouvait la suivre dans les deux divisions des bronches. — *Cœur* sain. — *Abdomen.* Quelques taches rouges isolées dans la muqueuse intestinale. Une couche de mucus blanc, formant une espèce de fausse membrane qui tapissait l'intérieur de l'estomac, dont la tunique était peu injectée. Les glandes mésentériques d'une grosseur énorme et tuberculeuses.

Cette observation offre ceci de particulier, que le point de côté est survenu pendant le frisson fébrile, au milieu des quintes de toux, qui ne

manquaient jamais d'avoir lieu à cette époque, comme s'il eût été l'effet de ces accidens réunis.

De la comparaison de ce fait avec les précédens, on peut induire que si l'agitation de la masse du sang a été plus vive, c'est que le poumon était plus comprimé, parce que la collection se faisait plus promptement. C'est aussi pour cette raison que la toux a été plus fréquente, et les tubercules plus tôt développés et réduits à l'état de putrilage. On voit encore ici l'injection veineuse de la face, qui se présente toujours de concert avec l'œdême lorsque le parenchyme est plus comprimé que phlogosé. Le *summum* de la maladie se marque par la répétition du mouvement phlogistique dans les tissus qui jusque là en avaient été exempts; l'enrouement et la douleur de gorge annoncent la phlegmasie consécutive de la muqueuse trachéale, et la diarrhée, celle de la muqueuse du colon. Ces inflammations ne sont pas plus tôt formées qu'elles passent à la gangrène, comme nous l'avons déjà pu remarquer en d'autres cas.

Enfin, si l'on se rappelle le traitement, on voit que ce malade n'a obtenu de soulagement que de la diète, des médicamens aqueux et mucilagineux, et des narcotiques.

J'offrirai maintenant une pleurésie qui paraît avoir été produite par les mêmes causes que la précédente, mais dont la marche a été notable-

ment modifiée par une complication de phlegmasie gastrique (1).

XXVe OBSERVATION.

Pleurésie chronique compliquée de gastrite, suite d'une fièvre intermittente.

Bazin, âgé de trente ans, châtain, taille haute, poitrine vaste, muscles vigoureux, système sanguin actif et développé, entra à l'hôpital d'Udine le 31 septembre 1806, onzième jour d'une fièvre intermittente à type quotidien, accompagnée de toux, d'anorexie, de nausées. — Il fut émétisé, mis aux amers, aux anti-spasmodiques, et aux boissons adoucissantes, parce que la force des accès, la violence de la toux pendant le frisson, la dureté persistante du pouls, me faisaient reconnaître une diathèse inflammatoire, que je craignais d'exaspérer par le quinquina (2).

Ces moyens étaient bon s, sans doute ; mais ils devaient être secondés par le régime, et le malade, trop esclave de son appétit, ne pouvait se contenter de ce que je lui prescrivais. Aussi, dans peu de

(1) Il y avait aussi gastrite dans le cas précédent; mais je n'en avais pas reconnu les signes durant la vie.

(2) On voit qu'après avoir obéi aux préjugés je fus forcé d'obéir à ma conscience.

jours, les accès s'allongèrent (1), et donnèrent à la fièvre l'apparence d'une rémittente. Comme l'appétit se perdit en même temps, et que la toux n'en était que plus pressante et plus douloureuse, Bazin devint docile; et, par le secours des potions anti-spasmodiques, faites avec le laudanum, l'éther et l'eau de mélisse, par quelques doses de quinquina, que je plaçai dès que je crus l'estomac en état de les supporter (2), les accès furent affaiblis et réduits à une exacerbation du soir, d'abord avec léger frisson, et bientôt sans frisson.

Pendant les cinquante jours suivans, la toux continua, malgré plusieurs vésicatoires successivement appliqués sur la poitrine. Le malade s'aperçut d'une douleur fixe au côté droit. Elle n'était point survenue brusquement. Elle commença d'abord pendant les quintes de toux, surtout aux heures de redoublement, et bientôt elle devint fort incommode. L'anorexie se fortifia également; une nausée continuelle s'y ajouta, et força plusieurs fois le malade à demander l'émétique, que je n'avais garde de lui accorder. La diarrhée se montra toujours du plus au moins, accompagnée de coliques et de malaise.

---

(1) A mesure que l'irritation gastrique dont ils dépendaient faisait des progrès.

(2) C'est encore ainsi qu'aujourd'hui même quelques praticiens, ennemis de la doctrine physiologique, s'empressent, dans leur ignorance, d'anéantir tout le bien qu'ils ont pu faire.

Cependant tous les symptômes cédèrent un peu aux adoucissans, aux acidules, au régime; le malade fut huit à dix jours presque sans fièvre; mais vers le cinquante-troisième jour, à compter de son arrivée, je m'aperçus que le pouls se roidissait, que l'inspiration était laborieuse, que les joues se coloraient, que la peau s'échauffait. Le malade se plaignait de quintes plus violentes, toujours sans expectoration, et d'étouffement nocturne; la douleur de côté s'accrut beaucoup, les traits parurent tiraillés, l'haleine devint fétide, l'estomac refusa les alimens, et même les boissons; en un mot, tout semblait annoncer que la destruction du poumon était consommée, et que le malade allait bientôt cesser d'exister. Il mourut, en effet, le soixante-huitième jour de la maladie, dans une très-violente agonie, pendant laquelle il conserva long-temps le jugement et la présence d'esprit.

Autopsie.

Habitude. Disparition de la graisse, muscles colorés, à demi atrophiés, mais encore bien dessinés et résistans. Aucune infiltration. *Tête.* Rien de pathologique. — *Poitrine.* Poumon droit presque réduit à rien par une énorme collection de fluide séro-purulent, d'une couleur mêlée de jaune et de rouge, contenant beaucoup de flocons d'un blanc jaunâtre, assez semblables, au premier as-

pect, à ces urines qu'on appelle *jumenteuses*. La plèvre épaissie, rouge, presque dénuée de sa fausse membrane, qui s'est dissoute dans le liquide. Le parenchyme endurci, contenant quelques petits dépôts de matière tuberculeuse comme épanchée entre ses fibres, mais non des tubercules arrondis. — Le lobe gauche un peu gorgé de sang, mais libre et sans tubercules. *Cœur*, sain. *Abdomen*. L'estomac contracté, ses parois en contact, difficile à couper; sa muqueuse épaissie, rouge, noire; celle des intestins grêles par-tout un peu plus rouge que dans l'état physiologique; celle du colon affectée comme celle de la muqueuse gastrique.

Si Bazin pouvait être guéri, ce n'était que par le traitement anti-phlogistique le plus complet, et employé de très-bonne heure, afin de détruire promptement la diathèse inflammatoire, et de permettre l'administration des fébrifuges, à dose suffisante pour supprimer les accès dont la répétition offensait de plus en plus les organes de la respiration. Le contraire a eu lieu : l'embarras gastrique, exaspéré par les erreurs diététiques, a dégénéré en phlogose (1), et, dès-lors, les fébri-

(1) Aujourd'hui je dirais : « l'irritation gastrique qui appelait la bile, etc., dans l'estomac, s'est élevée au degré de la phlogose; » et cette manière d'exprimer le fait suffirait pour éloigner

fuges n'ont servi qu'à perpétuer la disposition générale à la phlogose. Aussi la pleurésie a-t-elle fourni en peu de temps assez d'épanchement pour atrophier le poumon; et c'est à la promptitude de cette dépression qu'il faut attribuer la dernière exaspération fébrile et la désolante intensité du sentiment de suffocation qui rendit les derniers momens du malade si terribles.

N'oublions pas de noter que le parenchyme ne contenait point de tubercules sphériques ou ovoïdes, mais seulement de petits dépôts de matière tuberculeuse; observons que cela coïncide avec la brièveté de la maladie et la bonne constitution du sujet. Mais avant d'en tirer ces conclusions relativement aux circonstances qui favorisent le développement des tubercules, examinons une pleurésie dont la marche a beaucoup de rapport avec celle de Bazin.

XXVIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique des deux cavités.

Joublas, âgé de vingt-quatre ans, brun, athlétique, sanguin, poitrine large, cou court, fut saisi par le froid pendant qu'il était fort échauffé; il en résulta une toux fréquente, qui fut sans fièvre et sans douleur pendant seize jours; le dix-septième,

---

l'idée de vomitifs et de toniques dans un cas pareil, tant les mots ont d'influence sur la conduite des hommes.

la fièvre se déclara, et le lendemain, 19 novembre 1806, le malade entra à l'hôpital.

J'observai un pouls plein, dur et fréquent, une toux continuelle et sèche, dont les quintes rougissaient et même noircissaient la face; aucun point douloureux fixe. — Diète sévère, adoucissans, deux saignées de huit onces, qui procurèrent un grand soulagement. — Les jours suivans, il n'y avait plus que fréquence du pouls sans chaleur morbide, et l'appétit se faisait sentir. — La bouillie seule fut accordée. Un vésicatoire sur la poitrine.

Le vingt-septième jour, anxiété, altération des traits, exaspération de la toux, élévation pénible des côtes pendant l'inspiration; le pouls est plus fréquent, mais point de chaleur outrée; l'appétit se soutient; point d'autre lésion que celle de la respiration. — Deux vésicatoires aux cuisses; potions éthérées.

Le vingt-neuvième jour, chaleur fébrile : elle persiste.

Le trente-deuxième jour, crachats blancs, arrondis, consistans.

Le trente-troisième jour, la respiration devient bouillonnante, les exhalaisons cutanées et pulmonaires commencent à faire sentir une fétidité acide; la rapidité de la circulation est considérable; mais la chaleur n'est pas extrême, et le pouls n'est ni très-large ni très-dur.

Le trente-sixième jour, mort dans une agonie violente.

Autopsie.

Habitude. Cadavre sans graisse et sans infiltration, mais très-musculeux, ferme et bien coloré. *Tête.* Tout en bon état. *Poitrine, côté droit.* Sérosité rouge en médiocre quantité; poumon déprimé du quart de son volume; légère exsudation membraniforme sur sa séreuse; le parenchyme dense et gorgé de sang, mais crépitant dans les deux tiers de son volume; le reste (c'était la portion la plus voisine du médiastin et de la division des bronches) endurci, granuleux par le développement d'une immense quantité de petits tubercules, parmi lesquels on en trouva trois qui égalaient le volume d'un œuf de pigeon, et qui me parurent être des glandes bronchiques dégénérées; ces derniers étaient réduits dans leur centre en une bouillie blanche, et l'un d'eux commençait à faire apercevoir du vide au milieu de la matière pulpeuse. La pointe du scalpel pouvait tout enlever, et il restait une cavité dans le parenchyme, qui était endurci en rouge dans tout le rayon des gros tubercules seulement, à un ou deux pouces de distance. *Côté gauche.* Sérosité très-sanguinolente, assez abondante pour occuper les deux tiers de la cavité; parenchyme réduit à un tiers de son volume. La plèvre, tant pulmonaire que costale, épaisse, rouge, recouverte d'une exsudation grise, non organisée; parenchyme non engorgé et sans tubercules. *Cœur.* En très-bon état. *Abdomen.*

Estomac distendu, contenant beaucoup d'alimens, mais sain. Foie sanguin et volumineux. Le reste en bon état.

Ici la pleurésie s'est formée sans qu'on la soupçonnât : nous en connaissions déjà plusieurs exemples; mais nous n'avons point encore vu cette phlegmasie parvenir à un haut degré d'activité, jusqu'au point d'exciter une fièvre violente, sans s'annoncer par une douleur des parois thoraciques. Je dois avertir cependant que toutes les questions qui pouvaient me procurer des éclaircissemens sur le siége précis de l'inflammation ont été faites. Je savais trop, à l'époque où le malade fut reçu dans mes salles, combien les pleurésies étaient perfides et fréquentes, et son état m'inspirait un intérêt trop vif pour rien négliger de tout ce qui pouvait me conduire au diagnostic. Eh bien! je n'ai jamais obtenu de lui que la déclaration d'une douleur générale de la poitrine. Au reste, cela ne me surprend point, puisque les deux plèvres étaient phlogosées (1).

Nous avons déjà fait, au sujet de Bourgeois (*Ob-*

---

(1) Je me sens porté à croire que l'inflammation a commencé chez ce sujet par la muqueuse; qu'en irritant un parenchyme elle y a produit les tubercules, et qu'enfin elle est parvenue jusqu'à la séreuse, de même que la gastro-entérite chronique fait quelquefois naître une péritonite consécutive.

servation XXII), la même remarque, et nous n'avons cessé d'observer que plus la pleurésie était étendue, moins la douleur était caractérisée (1).

Le traitement anti-phlogistique, que j'ai mis en pratique au moment de l'arrivée du malade, a réduit le mouvement fébrile à la simple fréquence du pouls sans chaleur (état ordinaire aux phlegmasies chroniques sans suppuration), a diminué l'anxiété, et rendu au malade l'appétit et l'espérance : cependant l'inflammation n'a pas pu se résoudre. L'affaiblissement produit par les saignées aurait-il donc nui à la résolution ?

Comment le croire, lorsque nous remarquons, avec une constante régularité, que plus l'agitation du système sanguin est considérable dans les anciennes phlegmasies, plus le dépérissement est rapide : lorsque nous voyons les exaspérations momentanément produites par les médicamens ou par le régime enlever en peu d'heures des forces que le malade avait accumulées avec beaucoup de peine dans un long espace de temps ? Disons plutôt que les dix-sept jours de toux sans fièvre, qui ont précédé l'arrivée du malade, lui ont été véritablement funestes ; que, dès l'époque de son arrivée, l'accumulation du produit de la phlogose dans la plèvre avait déjà rendu l'orga-

---

(1) Dans ces cas, si la maladie est aiguë, le vulgaire des médecins ne manque pas d'annoncer une *fièvre essentielle*.

nisation de l'exsudation impossible ; que la compression qu'éprouvait le parenchyme, les secousses violentes que lui causaient les quintes de toux, avaient disposé ses faisceaux lymphatiques à la désorganisation ; que l'exaspération tardive, mais violente, qui détermina l'entrée à l'hôpital acheva, dans peu de jours, le mal, qui, peut-être, n'était encore que préparé (1).

Le repos de quelques jours qui a suivi l'amélioration procurée par le traitement, fut toujours accompagné d'une fréquence du pouls sans chaleur. Cette hectique de douleur dépendait de la compression du poumon ; son intensité marquait les progrès de l'épanchement, et devait, ainsi que l'élévation convulsive des côtes, faire présager la désorganisation prochaine du parenchyme respiratoire. Aussi la vie cessa-t-elle au milieu des angoisses les plus douloureuses, avant que le malade eût été conduit au marasme.

Ainsi dans les phlogoses chroniques de la poitrine, la toux bouillonnante et continuelle, le sentiment de compression, la teinte veineuse de la face, et la fréquence du pouls, annoncent que l'étendue de la surface respiratoire diminue très-rapidement ; et ces lésions nous ont paru jusqu'ici correspondre plutôt avec la pleurésie qu'avec la phlogose primitive du parenchyme.

---

(1) Ce ne sont ici que des conjectures ; et je préférerais aujourd'hui celle de la note de la page 274.

Après avoir fixé quelques instans nos regards sur deux pleurésies aussi obscures, mais plus lentes, nous chercherons à reconnaître quelle modification la phlogose consécutive apporte à ces symptômes, et, en général, à tous ceux que nous attribuons à l'inflammation de la plèvre.

XXVIIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique à développement obscur.

Mouton, âgé de vingt-deux à ving-quatre ans, châtain, peau blanche, formes délicates et assez régulières, chairs molles, fut attaqué d'une toux vive à la suite d'un refroidissement, pendant la convalescence d'un bubon, pour lequel il avait passé quelque temps à l'hôpital militaire de Venise. Il y avait déjà cinq mois que cet accident lui était arrivé, lorsqu'il fut reçu à l'hôpital d'Udine, en décembre 1806, et la toux ne l'avait jamais abandonné. Il n'avait senti aucune douleur de côté vive et poignante, mais beaucoup de malaise dans toute la circonférence de la poitrine, sans siége déterminé. La toux était ce qui l'avait le plus fatigué : elle avait été long-temps sèche ; mais, depuis quelques jours, il commençait à expectorer des crachats blancs et épais. Il ne pouvait rester long-temps couché sur le côté droit, parce qu'il n'y respirait pas à son aise ; et aussitôt qu'il se plaçait sur le gauche, il était tourmenté par

la toux, qui ne cessait que lorsqu'il s'était encore retourné. Il lui semblait sentir, dans la cavité droite de la poitrine, le flot d'un liquide lorsqu'il prenait certaines attitudes. La difficulté qu'il éprouvait à rester couché le faisait tenir souvent sur son séant : c'est ainsi qu'il passait la plupart des nuits, occupé à tousser, et menacé à chaque instant de suffoquer. Son teint était d'une couleur paille; son corps ne me parut ni infiltré ni fort émacié. Il y avait fréquence du pouls sans chaleur; à peine la peau s'échauffait-elle un peu dans la soirée. Il déclarait avoir eu plus de fièvre autrefois; mais le défaut de maigreur annonçait assez qu'il n'avait éprouvé qu'une hectique de douleur modérée ou peu longue.

Quoique le malade n'accusât aucun point de côté fixe et pongitif, je pus me convaincre, par la pression et par la percussion, que la cavité droite était généralement douloureuse et peu sonore. Ce signe, joint à la longueur de la toux sèche et au sentiment de fluctuation, me fit soupçonner la pleurésie chronique. L'anxiété, la violence de la toux et de la suffocation, me firent penser que le parenchyme souffrait trop pour permettre une longue existence. — Adoucissans, opiacés, palliatifs, régime muqueux et féculent.

Le 13 décembre, huit ou dix jours après son arrivée, et jours suivans, mêmes symptômes; l'agitation du sang ne va pas jusqu'à produire la chaleur morbide; toux déchirante, sans expectoration; ce

qui le désespère. Les forces lui manquant, il se couche sur le ventre. Les paupières s'infiltrent. Anorexie. Lait pour nourriture. Opium.

Le 18, débilité extrême, apyrexie asthénique, enrouement, douleur de la poitrine fort augmentée : la vie va s'éteindre. Il expire dans la nuit.

Autopsie.

Habitude. Demi-marasme, peu d'infiltration, muscles à moitié atrophiés, encore rouges. — *Poitrine.* Cavité droite remplie d'un liquide lactiforme, assez épais; exsudation blanche inorganique, sous laquelle la séreuse est rouge, épaisse et granuleuse ; parenchyme réduit au volume d'une orange, rempli de tubercules granuleux, et contenant quelques foyers ulcéreux très-petits. — Poumon gauche libre, remplissant la cavité, hépatisé, contenant à peine quelques tubercules secs. Cœur un peu dilaté. — Tout était sain dans l'abdomen.

Cette observation présente, 1°. une ancienne pleurésie obscure, dont le produit a atrophié le lobe droit (à cela correspondent tous les symptômes déjà résumés) ; 2°. une phlogose sanguine du parenchyme gauche, survenue vers la fin de la vie, à une époque où le malade était épuisé : aussi ne put-elle provoquer la chaleur de la peau ; son effet le plus marqué fut d'ôter au ma-

libre, un peu engorgé, mais sain. *Cœur* petit, rond, atrophié. — *Abdomen.* Muqueuse gastrique d'un rouge foncé, épaisse, noire en plusieurs points.

La quiétude de ce malade ne fut interrompue que par l'irritation gastrique qui se déclara vers la fin de sa vie. Les attaques de dévoiement, que je calmais toujours par le régime, me l'avaient fait prévoir depuis long-temps.

Quoique très-maigre à l'époque de sa mort, Klein n'était pas encore réduit au dernier degré du marasme. Le lobe dont la plèvre était phlogosée s'était déprimé fort lentement, et avait si peu souffert, qu'il n'était point devenu tuberculeux. C'est pour cela sans doute que le malade n'avait point éprouvé de suffocation ni d'anxiété, et que les fonctions avaient continué de se faire bien. Le lobe du côté opposé n'avait pas souffert la plus légère atteinte d'inflammation; il était libre, vaste, en un mot, tel qu'il pouvait encore long-temps suffire au besoin de la respiration. Aussi le malade, naturellement très-mince, perdit-il peu de son volume jusqu'à l'invasion de la phlegmasie muqueuse des organes gastriques. — Il paraît donc que si Klein n'en eût pas été attaqué, il aurait pu vivre encore long-temps. En effet, on voit souvent des pleurésies de plusieurs années. Mais sa gourmandise n'a-t-elle pas contribué à sa perte? On peut déjà le présumer; mais

n'anticipons point. J'espère que la suite de ce traité fournira sur les diarrhées colliquatives de nouvelles données qui ne seront inutiles ni pour la physiologie médicale, ni pour la thérapeutique.

Klein affectait toujours de se coucher sur le côté où résidait la collection. On a pu remarquer, au contraire, que plusieurs autres malades se plaçaient de préférence sur le côté sain. Voici ce que j'ai toujours observé sur ce point de séméiotique, qui a long-temps été un sujet de controverse : lorsqu'un des côtés de la poitrine devient douloureux, le malade évite de se coucher dessus. Il continue à reposer sur le côté sain tant que la douleur persiste dans l'autre; lorsqu'elle cesse, il change de position, et ne se place plus que du côté affecté, afin de laisser à la cavité saine la liberté de se développer autant qu'elle peut le faire. Cette attitude est alors d'autant plus nécessaire, que le poumon malade n'est ordinairement plus propre à la respiration quand, après avoir long-temps souffert, il cesse d'être douloureux (1). J'ai encore observé un grand nombre de fois que, si

(1) Pendant son repos, le poumon malade s'atrophie le plus souvent, et les côtes correspondantes s'abaissent, d'où résulte l'inégalité de volume des deux côtés. Mais dans dans quelques cas rares, la collection pleurétique augmente au point que le côté correspondant s'amplifie : ce qui reste du poumon peut présenter, dans ce cas, l'empreinte des côtes.

quelque accident ramène la douleur, le malade change une seconde fois sa position favorite. Mais si le côté sain est frappé à son tour, l'embarras du malade devient extrême; il n'a plus de situation constante, il s'agite, il se tourmente, il essaie alternativement les deux côtés, et reste plus long-temps sur celui où il se trouve le moins fatigué. Si la maladie fait des progrès rapides, il ne peut plus rester couché, il se tient assis, ou prend différentes positions bizarres.—Toutes ces nuances de dyspnée n'ont pu encore être représentées dans les phlegmasies pectorales que nous avons étudiées jusqu'ici; mais le tableau se complètera lorsque nous nous occuperons de la complication des phlogoses que nous avons observées avec celles qui nous restent à décrire.

En analysant les observations de pleurésie que nous avons rapportées, afin de rattacher chaque symptôme à une lésion organique (1), nous avons vu que la douleur correspondait à la phlogose de la plèvre; que la fièvre avec chaleur appartenait à la période d'acuité, et la fréquence sans chaleur à l'état chronique; que cependant les progrès de la collection pouvaient ramener la fièvre, mais qu'elle ne devenait intense que lorsque la compression, qui en était la suite, exci-

(1) C'est à l'irritation des organes et à son degré qu'il faut les rattacher, mais non à une lésion organique. (*Voyez* l'*Examen des doctrines*, etc.)

tait un degré de phlogose dans le parenchyme. Nous avons trouvé cette phlogose, qui est marquée par l'induration rouge, le plus souvent peu considérable; les tubercules nous ont paru les effets les plus ordinaires de la compression (1) quand la maladie a été lente; et les symptômes d'anévrysme du cœur se sont plutôt présentés à nos yeux dans les pleurésies où l'accumulation se faisait avec promptitude.

Ces faits nous ont désormais assez éclairés sur le mécanisme de la pleurésie chronique, pour nous faire présumer que, si le parenchyme s'enflammait davantage, soit par l'effet de la gêne où il est tenu par le fluide épanché, soit par les progrès et la dégénérescence des tubercules qui se développent au milieu de son tissu, les symptômes prendraient une physionomie différente, et capable de faire perdre de vue la maladie principale.

L'histoire suivante m'a semblé très-propre à démontrer cette vérité.

---

(1) C'est l'irritation communiquée de la plèvre au parenchyme, et non la compression, qui les produit.

XXIXe OBSERVATION.

Pleurésie chronique avec phlogose sanguine, et tubercules du poumon.

Pion, âgé de vingt-cinq ans, charnu et robuste, brun, poitrine large, fut attaqué, après avoir été successivement échauffé et refroidi en travaillant aux fortifications d'Osopo, près d'Udine, d'une douleur très-forte, qui occupait tout le côté droit de la poitrine, et d'une toux violente avec un crachement de sang qui dura dix jours. Au bout de la quinzaine, la douleur et la fièvre disparurent, mais la toux persista. Le malade reprit néanmoins son service, qu'il continua pendant sept mois. Enfin, les progrès de la dyspnée, de la toux, et le retour de la douleur de poitrine, l'obligèrent d'entrer dans un hôpital, où il resta un mois. Il en sortit, quoique toujours bien malade; mais l'augmentation de ses anciennes infirmités, et l'addition d'un nouveau point de côté qui se faisait sentir à gauche, l'eurent bientôt forcé de quitter son corps, et il vint chercher du secours dans l'hôpital où j'étais employé à Udine, le 10 juillet 1807, vers la fin du dixième mois de sa maladie. Il s'offrit à moi dans l'état ci-après :

Maigreur, et même marasme déjà prononcé; poitrine douloureuse des deux côtés, mais davan-

tage à droite ; toux et crachats muqueux ; fréquence, roideur du pouls, œdême des pieds, point de diarrhée — Je le mis au traitement adoucissant, anti-spasmodique ; je réitérai les vésicatoires, et je ne lui permis que quelques cuillerées de bouillie pour nourriture.

Mais tout fut inutile ; les symptômes prirent un accroissement prodigieux, et le cinquième jour, à compter de celui de son entrée, je le trouvai dans une orthopnée des plus violentes. Il était obligé, pour respirer, de se tenir assis sur le bord de son lit, en chemise, et les pieds à nu sur le parvis, le tronc roide, le cou en avant et les épaules élevées ; il toussait continuellement, crachait peu et des matières opaques, d'apparence muqueuse, et se sentait à chaque instant près de suffoquer. Le pouls était accéléré, large et dur ; la peau chaude, les joues rouges ; la poitrine, percutée, ne rendait aucun son du côté droit ; à gauche, elle ne résonnait pas à beaucoup près autant que dans l'état de bonne santé. Cette effrayante orthopnée n'avait commencé que la veille ; elle ne pouvait durer long-temps : vers le soir le malade tomba dans un collapsus mortel.

Autopsie.

Habitude. Légère infiltration, muscles encore volumineux et colorés. *Tête.* Un peu de sérosité dans le ventricule latéral gauche. *Poitrine.* Cavité

droite contenant un fluide blanchâtre, qui en occupait la moitié. Le reste était rempli par le lobe, qui était endurci, rouge, semé de tubercules miliaires, tous intègres. La séreuse épaissie, rouge, et couverte d'une exsudation blanche. Cavité gauche exactement remplie par le lobe, qui par-tout adhérait avec beaucoup de force. Son parenchyme était presque entièrement endurci en rouge, et plein de tubercules, les uns miliaires, les autres plus gros; il y en avait de creusés, d'autres étaient vidés, et d'autres, déjà disparus, laissaient de petits ulcères, et un foyer assez large pour contenir un œf d'oie; très-peu d'espace perméable à l'air dans le total des deux masses pulmonaires. *Abdomen.* Muqueuse gastrique rouge; celle du colon offrant des taches rouges, isolées, sur lesquelles on distingue des points d'ulcération fort petits et très-rares.

Il est évident que la première douleur du côté dépendait de l'inflammation de la plèvre droite, et que cette pleurésie est passée à l'état chronique indolent. On peut ensuite présumer que le retour des symptômes inflammatoires a été provoqué autant par la compression du fluide épanché, que par le genre de vie du malade. La nouvelle douleur de côté, qui coïncide avec l'exaspération de l'irritation, doit correspondre à la phlogose du lobe gauche. Elle nous fait voir que les inflamma-

tions du parenchyme du poumon ne sont pas nécessairement indolentes. Mais j'ajouterai que la douleur n'arrive au point de paraître fixe et circonscrite que dans le cas où la phlegmasie est rapide. Elle l'a été beaucoup chez ce malade; l'hépatisation, presque complète, des deux poumons, le prouve assez. La fonte des tubercules, qui fut aussi très-prompte, avait déjà produit quelques petits ulcères, auxquels la mort prématurée du sujet n'a pas permis de produire de grands désordres. Mais il existait déjà un foyer assez étendu pour donner à la fièvre un caractère particulier. —Ainsi, nous avons rencontré, chez ce malade, une hectique de douleur et de résorption. La fièvre a d'abord été fomentée par le mouvement inflammatoire des capillaires sanguins, ensuite par la résorption du pus des ulcères; celle du produit de la pleurésie ne pouvait y contribuer, comme des faits déjà nombreux nous en ont acquis la preuve, et la seule phlogose du parenchyme ne lui aurait jamais communiqué autant d'activité qu'elle en avait, à une époque où les forces avaient beaucoup perdu, soit par la douleur, soit par l'altération de la fonction nutritive.

Dans l'observation que nous allons offrir, les effets de la résorption du pus dépravé l'emporteront assez sur ceux de la douleur phlogistique pour faire sentir l'importance de cette vérité.

XXXe OBSERVATION.

Pleurésie chronique avec ulcère et perforation du parenchyme.

Aubouin, âgé de vingt-cinq ans, grenadier au neuvième régiment d'infanterie de ligne, homme blond, mince, poitrine rétrécie, teint coloré, éprouva, le 7 septembre 1806, un sentiment de chaleur générale fort incommode, surtout la nuit, et qui le privait du sommeil. Il ne s'alitait pas encore, Après douze à quinze jours de cet état, il se déclara une douleur très-violente au côté droit de la poitrine, accompagnée d'une grande difficulté de respirer. On appliqua, sur le lieu souffrant, un vésicatoire qui fit disparaître la douleur en dix ou douze heures. Dès ce moment, le malade expectora facilement et avec abondance, mais la respiration était toujours pénible. On appliqua encore deux vésicatoires au gras des jambes. Le malade parut se rétablir; mais quoiqu'il crachât très-facilement, il ne cessait point d'être incommodé par la toux et par la dyspnée; il ne put reprendre ses exercices militaires, et il fut plusieurs fois forcé, par le redoublement de la toux et de la dyspnée avec fièvre, d'entrer aux hôpitaux. Sa douleur de côté n'était pas fort incommode, et ne se faisait sentir un peu vivement que lorsque l'irritation était portée à son comble.

Enfin, le 4 décembre, vers la fin du troisième mois, il entra à l'hôpital d'Udine, où j'étais employé.

A cette époque, Aubouin n'accusait aucune douleur de côté ; il éprouvait un sentiment de bien-être et un grand appétit; mais ses forces, loin d'augmenter, se perdaient journellement; sa peau était sèche et crasseuse sur les cuisses; il toussait souvent, et crachait, abondamment et sans douleur, beaucoup de mucosités faiblement opaques. Le pouls, toujours un peu fréquent, devenait large et roide dans la soirée, et la peau s'échauffait. La graisse sous-cutanée était dissipée; le malade paraissait menacé du marasme.

Je le jugeai dans une hectique de douleur dépendant de l'irritation du parenchyme pulmonaire, et le souvenir du point de côté me fit penser que cette irritation pouvait dépendre de l'accumulation d'un fluide dans la plèvre gauche attaquée d'une phlegmasie chronique. — Adoucissans gommeux, opium, régime végétal et lacté.

Dès le cinq ou sixième jour de son arrivée, la fièvre avait presque doublé d'activité. La percussion, plusieurs fois réitérée sur le côté droit du thorax, ne donnait point de son. — Mêmes moyens.

Le 16 décembre, quatre-vingt-dix-neuvième jour, crachats plus opaques, incubation constante sur le côté droit, progrès du marasme. — Emploi du kermès, de l'oxymel scillitique, des

qui l'avait exhalé était rouge, noire, et même sphacelée; l'exsudation qui la revêtait était une espèce de bouillie rougeâtre, d'une puanteur insupportable. — Toute la matière de l'épanchement ayant été absorbée avec une éponge, et la surface pleurale bien essuyée, nous remarquâmes à la surface libre du poumon, qui baignait dans le pus, une tache noire résultant du sphacèle de la plèvre pulmonaire : en l'examinant attentivement, M. Treille (1) et moi, nous y trouvâmes une petite ouverture arrondie, par laquelle on faisait sortir un jet de pus en pressant sur le parenchyme. Pendant que nous pressions, un nouveau trou se manifesta. M. Treille ayant divisé de haut en bas le lobe atrophié et sphacelé, nous y découvrîmes un vaste foyer dont les parois étaient lisses, noires, et légèrement enduites d'une exsudation grise. Un autre foyer supérieur, plus petit, communiquant avec le grand, s'était vidé par la pression. Le liquide qui fut trouvé dans ces ulcères ressemblait, pour l'aspect et pour l'odeur, à celui que renfermait la cavité. — Le parenchyme était mou, comme charnu, imperméable à l'air; les glandes bronchiques étaient noires et squirrheuses : il s'en trouva peu de tuberculeu-

(1) Aujourd'hui chirurgien-major du 1er régiment des cuirassiers de la Garde-royale, le plus ancien de mes élèves et l'un de mes meilleurs amis; il fut témoin de la majeure partie des faits consignés dans ce recueil.

ses ; aucune n'était creusée dans son centre. — Le poumon gauche était libre et fort sain. *Le cœur* pareillement. L'abdomen n'offrait rien de particulier qu'une légère couleur rosée de la muqueuse gastrique ; les glandes mésentériques étaient saines.

On a vu qu'Aubouin, déjà miné par une pleurésie chronique au moment de son arrivée, avait passé quelques jours dans un état presque apyrétique, sans malaise, rempli d'espérance ; et qu'à compter du cent vingt-troisième jour jusqu'à celui de sa mort, qui arriva le cent quarante-unième, c'est-à-dire, pendant les dix-huit derniers jours de sa vie, il s'était détérioré avec une promptitude étonnante, et dans un état d'angoisse bien différent du calme où nous avons vu périr les hommes attaqués de la pleurésie sans mélange.

Il fallait un stimulus bien puissant pour entretenir une hectique si violente, à pouls large et dur, à chaleur âcre et brûlante, chez un sujet déjà rendu aux deux tiers du marasme.

Nous le trouvons dans le pus épanché dans la plèvre, qui, du moment où il a pu communiquer avec les vésicules aériennes, ce qui s'est effectué sans doute vers le cent vingt-troisième jour, est devenu, pour l'économie, un poison funeste. Introduit par les absorbans dans les voies de la circulation, ce pus a produit une irritation d'au-

tant plus considérable, qu'il était en très-grande abondance; car la percussion était si peu sonore dès l'arrivée du malade, que l'on peut avec raison présumer que déjà l'atrophie du lobe était complète.

La phlogose sanguine était si peu considérable, qu'elle n'a presque laissé aucune trace dans le cadavre; la mollesse et la perméabilité du lobe gauche le témoignent peut-être encore plus que le défaut d'induration du lobe déprimé, si nous en jugeons du moins par les faits ci-dessus relatés. Il ne me paraît pas, en conséquence, que la perforation du lobe doive être attribuée à cette phlogose (1); je la croirais plutôt l'effet des progrès d'un ulcère résultant de la fonte d'un tubercule, si elle ne dépend pas de la gangrène observée dans la membrane séreuse.

Je ne doute pas que cette expectoration sanguinolente, si copieuse et si fétide, qui s'est renouvelée plusieurs fois dans l'espace de temps que j'ai désigné, ne vînt directement de la cavité de la plèvre; je le crois, parce que les deux humeurs

---

(1) Aujourd'hui je pense différemment : c'est l'inflammation qui produit en même temps et ces petits abcès qui du parenchyme s'avancent vers la plèvre, et les escarres gangréneuses de cette membrane, et les collections lymphatiques qui constituent les tubercules; mais les traces de l'inflammation devaient offrir peu de rougeur chez un sujet aussi exténué.

se ressemblaient, et parce que les crachats n'étaient pas continuels. N'a-t-on pas vu des corps étrangers, introduits dans la cavité de la poitrine par une ouverture extérieure, sortir également par la voie de l'expectoration ?

Telles sont les réflexions qui me furent suggérées par la maladie et par l'ouverture d'Aubouin. J'eus bientôt occasion d'en faire d'autres à-peu-près semblables, en examinant le cadavre d'un militaire dont je vais résumer ici l'observation.

XXXIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique, débutant sous la forme du rhumatisme, terminée par la perforation du parenchyme du poumon.

Mingot, âgé de vingt à vingt-deux ans, brun, formes régulières, assez vigoureux, ressentit d'abord, pendant un mois, une douleur vague du côté droit de la poitrine, avec toux. Dans cet état, il s'échauffa en portant un fardeau, et se refroidit ensuite : au même instant, la douleur se fixa à la partie latérale un peu postérieure, vers la sixième côte. Elle devint en peu de temps si forte, qu'il fut obligé d'entrer à l'hôpital de *Palma-Nuova*, où il était en garnison, et d'où il fut évacué sur Udine le 4 avril 1807, trente-huitième jour à compter de l'époque où ce militaire avait commencé à faire attention à sa maladie.

Il y avait, à son arrivée, toux sèche, respiration laborieuse, sibilante, enrouement, parole extrêmement pénible, pouls fréquent, très-développé, chaleur sèche et âcre de la peau, anxiété. — Un vésicatoire fut établi sur le côté malade (1). Adoucissans, anodyns, régime. La douleur fut enlevée en peu d'heures; le reste persista.

Le cinquante-quatrième jour, il se sent bien, quoique le pouls soit fréquent, la face pâle, la peau sèche et brûlante, la respiration pénible; quoiqu'il y ait diarrhée, affaissement singulier des traits avec teinte livide, et que la cavité droite de la poitrine ne résonne point du tout à la percussion. — Toniques, adoucissans, anodyns.

Le 26 avril, soixantième jour, il expire paisiblement. La mort avait été précédée d'une sueur froide et fétide.

Autopsie.

Habitude. Cadavre aux trois quarts du marasme, sans œdême. *Poitrine.* Cavité droite remplie d'un liquide épais, jaunâtre, à grumeaux caséiformes, d'une extrême fétidité. La plèvre qui le contient épaissie, rouge, noire, sphacelée dans la majeure partie de son étendue, et presque par-tout enduite d'une exsudation jaune à l'état de putrilage. — Le lobe réduit au volume d'une

(1) Il eût beaucoup mieux valu y appliquer des sangsues.

orange, tuberculé, ou plutôt offrant dans sa coupe deux gros tubercules qui forment presque tout son volume. Tous deux sont en putrilage, et creusés dans leur centre; le foyer du plus petit, situé sous la première côte, communique avec la cavité par une escarre gangréneuse de la plèvre pulmonaire, qui est perforée. Le lobe gauche très-sain; on n'y trouve pas même un tubercule. — *Abdomen*. Muqueuse gastrique un peu rouge; celle de la partie inférieure du colon d'un rouge foncé, et le calibre de cet intestin resserré; dans tout le reste du canal, météorisme, gaz fétides, taches gangréneuses d'espace en espace; les glandes mésentériques un peu engorgées et tuberculeuses.

La perforation me paraît correspondre à l'époque où la fièvre hectique prit un haut degré d'intensité, et s'accompagna d'anxiété et de la décomposition des traits. La gangrène de la plèvre, survenue lorsque la fonte du tubercule et les progrès de l'ulcère n'avaient plus laissé que l'épaisseur de cette membrane entre le pus du lobe et celui de la cavité thoracique, me semble avoir établi la communication du foyer pulmonaire avec celui de la plèvre. L'antériorité du point de côté, aussi évidente ici que dans le cas précédent, le bon état du poumon opposé, prouvent que l'irritation a existé dans la séreuse avant de passer au

parenchyme, et que les tubercules ne sont encore ici que l'effet de la compression du produit de la pleurésie (1). Jusque là cette observation ne nous présente rien d'étranger à ce que nous savons ; mais elle renferme encore une particularité dont il nous reste à tirer parti pour éclairer l'histoire de la phlogose de la plèvre. Pendant plus d'un mois, ce malade ne ressentit dans la poitrine qu'une douleur vague : du moment qu'elle se fixa sur un point déterminé, la fièvre commença ses progrès, qui ne cessèrent que quand les forces eurent été entièrement consumées.

Voilà donc une pleurésie qui, dans son développement obscur, pouvait se confondre avec les douleurs rhumatismales. Comment pourrait-on distinguer ces deux maladies quand elles existent dans une nuance aussi légère ? Je ne doute point que tous les jours on ne prenne le change sur les douleurs des parois thoraciques et abdominales. Mais pourquoi chercher des motifs de distinction qui n'avancent ni la théorie ni la pratique de la médecine ? Ne sait-on pas que les douleurs que nous appelons *rhumatismales* dans les aponévroses et les ligamens sont accompagnées d'un appel des fluides avec tendance à la désorganisation, et

---

(1) Ce produit irritait sans doute le parenchyme ; mais l'irritation des bronches, attestée par la toux, n'a pu manquer de passer au parenchyme, ce qui a contribué au développement des tubercules.

qu'elles produisent ce double effet avec beaucoup plus de facilité lorsqu'elles se transportent dans le tissu des viscères? N'avons-nous pas vu que les douloures pleurétiques opèrent exactement de la même manière? et cela ne doit-il pas nous mettre en garde contre toutes les douleurs constantes des parois thoraciques ou abdominales?

La pleurésie suivante prit également dans son début cette physionomie rhumatismale que nous avons remarquée chez Mingot; mais, dans ses progrès, elle se compliqua d'une phlogose sanguine des deux parenchymes; ce qui, joint à la perforation du lobe et aux symptômes anévrysmatiques, lui donne un degré d'intérêt qui la rend digne d'être offerte à la méditation des médecins physiologistes : aussi me suis-je cru obligé de la consigner dans cet ouvrage avec tous ses détails.

XXXII[e] OBSERVATION.

Pleurésie chronique débutant sous forme de rhumatisme et de catarrhe, compliquée de symptômes d'anévrysme du cœur, et terminée par un ulcère du parenchyme communiquant avec l'épanchement.

Laporte, homme brun, haut, musculeux, mais n'ayant pas la poitrine développée en proportion du reste, très-sanguin, très-vif et irritable, étant conscrit de l'an 11, trouva moyen de se soustraire pendant deux ans à l'exécution de la loi. Il

fut enfin saisi, et passa six mois dans une prison souterraine et fort humide, n'ayant que la terre pour se reposer. Il y contracta une toux violente et opiniâtre, avec de vives douleurs de poitrine auxquelles il ne pouvait assigner de siége déterminé.

Rendu à la liberté, et incorporé dans un régiment, il continua de tousser et de respirer avec difficulté.

La marche lui devenait toujours plus pénible, et au bout de deux ans et quelques mois de vie militaire, il ne pouvait plus faire à pied qu'une très-petite route. Il était arrêté par l'essoufflement, par la toux et par des battemens de cœur très-violens.

Le progrès toujours croissant de ses infirmités l'obligea d'entrer à l'hôpital d'Udine, en juillet 1806, où il fut placé dans une de mes salles. Frappé du son creux et bouillonnant de la toux et d'un œdême général très-considérable, avec injection veineuse de la face, je portai la main au cœur, où je sentis des pulsations violentes et dans une assez grande surface. Le pouls, à cette époque, n'était pas très-fréquent; le malade toussait beaucoup et crachait encore peu.

Je ne songeai qu'à l'anévrysme du cœur. Je crus que les terreurs auxquelles il avait été exposé, sa détention, le froid de son cachot, n'avaient porté leur action que sur l'organe central de la circulation.

Je soumis ce malade à un régime un peu sévère ; je lui fis prendre des apozèmes et des tisanes diurétiques, et faire usage de frictions avec un mélange de laudanum et d'alcool camphré sur tous les endroits qu'il pouvait frotter. — Il désenfla, se sentit la poitrine très-dégagée, et sortit au bout de six semaines, en apparence assez bien rétabli.

A peine rendu à son corps, Laporte vit reparaître toutes ses infirmités. Il revint à l'hôpital ; mais il n'y trouva plus aucun soulagement. On lui donnait, me dit-il depuis, trop à manger, ce qui lui procurait une toux continuelle et des nuits très-pénibles. Il sortit encore, et entra, pour la seconde fois, dans mon service, le 28 février 1807.

Combien son état avait changé ! Ce n'était plus cet homme dont le corps froid et bouffi paraissait menacé d'une hydropisie énorme. On observait un pouls fréquent, vif, roide, fort et large, peau brûlante, joues colorées d'une rougeur circonscrite, plus foncée du côté gauche, amaigrissement déjà considérable ; toux forte et râpeuse, laissant à peine quelques minutes de repos ; expectoration épaisse, opaque, en très-grande abondance ; privation du sommeil, anorexie, inquiétude, agitation : on sentait, à la région du cœur, des pulsations fortes et précipitées. Le malade se plaignait d'un sentiment douloureux extrêmement pénible à la base de la poitrine.

Laporte ne pouvait indiquer l'époque précise

de l'invasion (1) du mouvement inflammatoire. Il disait que, depuis sa sortie, son état n'avait cessé d'empirer. Cependant je pus conclure, du rapprochement de ses réponses, que la fièvre n'avait été assez intense pour troubler notablement les fonctions que depuis une quinzaine de jours. — Comme tous les irritans, et même l'opium, augmentaient son angoisse, je me vis réduit au traitement oléoso-mucilagineux, et à la diète, en attendant la terminaison funeste dont il ne m'était plus possible de douter.

Le 6 mars, la fièvre avait beaucoup diminué; les crachats, désormais de couleur mate et puriformes, étaient aussi moins abondans. Laporte éprouvait beaucoup d'appétit; mais, instruit par l'expérience, il n'osait s'y livrer; l'opium passait et procurait du sommeil.

Le 11 mars, la fréquence était moindre, la peau se couvrait de pustules galeuses. Je les respectai. — Adoucissans. L'appétit va toujours en croissant.

Le 16, pouls un peu plus dur, anhélation très-désolante : il est obligé de s'interrompre plusieurs fois en buvant. Appétit.

Le 20 mars, grande anxiété, suffocation; il parle à peine; frisson le soir, apparence de fièvre intermittente. Pouls très-dur. — Il était à la demie le matin, et au quart le soir; je le réduis à la

(1) Il fallait dire de l'exaspération.

soupe et au bouillon ; soulagement. Les jours suivans, plus de frisson.

Le 27 mars, après plusieurs exaspérations de dyspnée les jours précédens, et plusieurs vomissemens, avec sentiment d'un corps montant vers la gorge, il rend un ver lombric par la bouche. — Bols anthelmintiques, potions huileuses acidulées. Il se trouve beaucoup mieux. Mais il ne saurait presque manger sans être menacé de suffoquer, et sans avoir une fièvre ardente.

Quelques jours après, difficulté d'uriner. Il faut le sonder : on obtient peu d'urine. Les parois du ventre sont si douloureuses (effet, à ce qu'il lui semble, des secousses de la toux), qu'il ne saurait y soutenir la moindre pression. Les crachats toujours puriformes, abondans. — Il respire à peine, il devient livide ; la circulation conserve encore son activité. Le marasme fait des progrès.

Le 9 avril, Laporte, réduit à quelques cuillerées de bouillie pour toute nourriture, et aux juleps gommeux, s'exténue lentement, et ne souffre plus, quoique son pouls soit toujours dur et fréquent.

Le 10, il expire, environ deux ans et demi après l'invasion.

Autopsie.

Habitude. Deux tiers de marasme. Aucune infiltration. *Poitrine.* Cavité droite remplie d'un pus grisâtre, trouble, fétide, tapissée d'une couche pulpeuse inorganique, en partie dissoute dans le liquide épanché. Le parenchyme, très-atrophié et relégué contre le médiasin, offrait, à sa surface libre, une large ouverture qui communiquait dans un vaste foyer dont les parois étaient minces et affaissées. Le reste du lobe, rouge et endurci, contenait quelques tubercules secs. La totalité de ce lobe n'égalait pas le volume du poing. *Poumon* gauche occupant toute la cavité, endurci, rempli, presque en totalité, de tubercules de grosseur moyenne, dont quelques-uns des plus gros sont réduits en putrilage et en partie vidés. Aucun foyer creusé dans l'épaisseur du parenchyme. *Cœur* repoussé à gauche et en bas, vers le fond de l'hypochondre, large et très-charnu, mais conservant ses formes, et ne paraissant point avoir éprouvé de dilatation passive. *Estomac* sain, contenant de la bile verte; les intestins en étaient remplis; un lombric y fut trouvé. La muqueuse était par-tout saine et sans injection ni développement quelconque. *Foie* volumineux, noirâtre, endurci (1). Sa séreuse con-

---

(1) Je suis fâché de n'avoir pas fait une attention particulière au duodénum.

tenait quelques petites tumeurs blanches, qui furent reconnues pour de petits dépôts de matière tuberculeuse.

Ici la plèvre n'était point gangrenée, et le parenchyme offrait des traces non équivoques de la phlogose sanguine. Il paraît donc que la perforation du lobe est l'effet de l'ulcère rongeant, à parois tuberculeuses, qui provenait indubitablement lui-même de la destruction d'un ou de plusieurs tubercules. Ce malade nous présente une succession de symptômes plus ou moins disparates, et qu'il peut être utile de réunir dans un cadre plus resserré.

1°. *Symptômes du catarrhe et du rhumatisme des parois thoraciques* : c'était le début de la pleurésie ; 2°. *symptômes de l'anévrysme* : ils étaient occasionés par l'accumulation du produit de cette phlegmasie ; 3°. *symptômes de la pneumonie* : résultat certain de la phlogose sanguine du parenchyme, qui favorise les progrès des tubercules ; 4°. *symptômes de la phthisie la plus aiguë* : effet indubitable de l'ulcération du lobe, et surtout de sa perforation, qui augmente l'étendue du foyer putride d'où la fièvre hectique est alimentée.

Nous avons vu, depuis que nous nous occupons des inflammations de la membrane séreuse des poumons, les symptômes et les effets immédiats de la pleurésie simples dans ses différens degrés d'intensité, les modifications qu'elle peut

recevoir, pendant sa durée, de la compression du cœur et des poumons, de la phlogose du parenchyme, de sa dégénérescence tuberculeuse, enfin de son ulcération et de sa perforation. Nous avons attribué la violence et le caractère consomptif de la fièvre hectique que nous avons remarquée dans ces derniers cas, à la dépravation du produit liquide de la pleurésie, et cette dépravation nous a paru provoquée par des gaz que l'érosion des vésicules bronchiques introduisait dans la membrane phlogosée.

Si notre assertion est fondée, toute plèvre enflammée qui pourra être touchée par l'air atmosphérique, devra donner un pus aussi fétide que celui que nous avons rencontré dans les trois cadavres dont nous avons rapporté l'autopsie. Après la perforation des lobes, il n'y a plus que l'ouverture de la plèvre costale ou diaphragmatique qui puisse admettre l'air dans la cavité thoracique (1). Il serait donc très-utile de s'assurer si, introduit par l'une de ces voies, l'air n'aurait pas, sur la membrane, les mêmes effets qu'il a quand il provient de la division du parenchyme. (Je n'entends parler que de la plèvre en état de phlogose, et écartée des parois par un fluide; car aucun mé-

(1) Il peut se développer spontanément des gaz dans la plèvre, mais ils n'excitent pas la même irritation que l'air atmosphérique, car ce ne sont que les fluides du lieu que la chaleur a gazéifiés.

decin n'ignore que les blessures du poumon guérissent tous les jours avec la plus grande facilité.)

On connaît les mauvais succès de l'opération de l'empyème. Ils sont tels, que cette opération est aujourd'hui presque généralement bannie de la pratique, du moins quand l'épanchement est le résultat d'une phlegmasie pectorale. Tous les praticiens ont été frappés de la prodigieuse fétidité du pus lorsque l'air extérieur a pu pénétrer dans la cavité thoracique. Il était difficile de ne pas comparer l'ouverture des empyèmes à celle des dépôts par congestion, aux plaies d'armes à feu avec sinuosités et clapiers où séjourne le pus ; en un mot, à toutes les suppurations qui se font sur une surface exposée à l'air, et fournissant un pus fétide trop abondant pour être entièrement éliminé, et dont partie est repompée par les absorbans. On sait que dans tous ces cas la guérison ne saurait être espérée, à moins qu'on ne réussisse à empêcher le séjour du pus en putréfaction. On connaît les cas où cela est possible et les moyens que l'art peut avoir pour y parvenir : aussi n'entrerai-je point dans tous ces détails, qui cependant ne serviraient qu'à démontrer de plus en plus l'analogie que je ne fais qu'indiquer. Je me contenterai d'établir le rapport des pleurésies à perforation du parenchyme par cause interne, avec celles à perforation de la plèvre par cause externe. L'observation suivante, dont j'ai été le témoin oculaire,

m'a paru propre à atteindre ce but, et même à répandre de nouvelles lumières sur l'histoire de la pleurésie chronique.

XXXIIIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique par suite d'un coup de sabre qui avait divisé la plèvre costale.

Le nommé Armand, âgé d'environ vingt-quatre ans, chasseur à cheval au huitième régiment, blond, de taille médiocre, chairs molles, peau blanche, reçut, dans les premiers jours de juillet de l'an 1806, un coup de pointe de sabre qui pénétra entre la sixième et la septième côte du côté droit.

Le coup était dirigé de bas en haut. Le troisième jour, un écoulement abondant d'un fluide séro-sanguinolent confirma le chirurgien dans l'idée que la blessure était pénétrante. En effet, bientôt la fièvre s'alluma et prit le caractère hectique; elle laissa l'appétit subsister, et ne produisit aucune stupeur. Depuis cette première hémorrhagie, la plaie fournissait à chaque pansement un écoulement de sérosité sanguinolente, qui ne tarda pas à devenir un peu fétide. Cette sérosité perdit ensuite sa couleur rouge, et prit les caractères de pus très-séreux, floconneux, et d'une extrême fétidité. Bientôt la transpiration et l'haleine devinrent également puantes. La fièvre redoublait tous les soirs avec rougeur vive des

joues. La toux, plus considérable, principalement le soir, amena des crachats mucoso-purulens. La face se bouffit, les extrémités s'infiltrèrent un peu, surtout le bras et la jambe du côté malade; en même temps la suppuration diminua, et la circonférence de la plaie devint pâteuse dans une grande étendue. Dès-lors la fétidité se communiqua à toutes les excrétions.

Le malade, ennuyé de la longueur du traitement et de la sévérité du régime, se procurait en secret des alimens qui entretenaient la fièvre; enfin la diarrhée vint compliquer son état. Depuis ce moment, les forces tombèrent plus rapidement, la pâleur et la bouffissure augmentèrent, la gêne de la poitrine parut moindre; et jamais le malade n'avait eu plus d'espoir qu'à l'époque de sa mort, qui arriva le 31 d'août, sept semaines après la blessure.

Autopsie.

Habitude. Demi-marasme, infiltration légère au côté gauche du cadavre, plus considérable au droit. *Poitrine.* On aperçut d'abord, dans la cavité droite, un vaste espace entre les côtes et le poumon, qui était appliqué contre le médiastin, repoussé en haut, et diminué des trois quarts. La plèvre qui tapissait tout ce foyer était rouge, injectée, et couverte d'une exsudation grise, friable, inorganique, fétide, semblable à du fro-

mage gâté; le pus qui se trouva dans ce foyer était grisâtre, séreux, floconneux, très-puant. Le parenchyme était endurci, tuberculeux, et plusieurs tubercules étaient un peu fondus dans leur centre. Ils n'étaient ni nombreux ni volumineux; le plus grand nombre était plein.

Nous n'aperçûmes, ni à la plèvre pulmonaire, ni dans le parenchyme, aucune solution de continuité; un stylet, introduit par la plaie, aboutissait dans le foyer purulent. Dans la cavité gauche, nous trouvâmes la plèvre adhérente en plusieurs endroits par des productions solides et bien organisées; le parenchyme était crépitant dans la majeure partie de son volume; quelques points isolés furent trouvés endurcis, avec tubercules rares, dont un petit nombre étaient aussi suppurés; ils étaient plus superficiels qu'enfoncés dans le parenchyme. *Abdomen.* Rien de remarquable, qu'une rougeur un peu plus qu'ordinaire de la membrane muqueuse du conduit digestif.

Le sabre, passant entre la sixième et la septième côte, au lieu de leur courbure, avait pénétré dans la poitrine au-dessus de l'insertion du diaphragme, entre la surface convexe du foie, dont ce muscle seul le séparait, et les côtes. Dirigé en haut, il paraissait avoir épargné ce viscère, que nous trouvâmes parfaitement intact. En supposant qu'il eût atteint le poumon, il n'aurait pu

intéresser que l'extrémité externe et le bord tranchant du lobe, soit qu'il eût pénétré jusqu'au parenchyme, soit qu'il n'eût seulement qu'effleuré la portion de la plèvre qui le revêtait : il est toujours certain qu'il n'avait point blessé profondément le parenchyme aérien. Quoi qu'il en soit, il est évident que le premier effet de la blessure fut de produire une accumulation de sérosité sanguinolente, qui ne put manquer de déprimer beaucoup le parenchyme. Si cette collection n'eût point été vidée tout-à-coup à l'extérieur, la guérison était sans doute possible; le fluide eût été résorbé peu à peu, et, s'il n'eût pas occasioné de phlogose capable d'entretenir l'écartement, s'il n'eût point laissé sur la plèvre les caillots susceptibles de produire le même effet, une salutaire adhérence aurait préservé la plèvre d'une désorganisation ultérieure.

Mais l'évacuation qui eut lieu le troisième jour, et que dut provoquer la résistance que le parenchyme opposait à la dépression, fut suivie d'une dilatation artificielle de la plaie, qui permit à l'air de remplacer la matière de l'épanchement. La présence de cet agent de décomposition eut bientôt altéré et rendu aux lois de la fermentation putride le produit de la phlogose qui venait de s'établir; celle-ci redoubla et s'étendit à la majeure partie de la circonférence du lobe. La pluie séro-purulente, devenue plus abondante, l'air lui-même, raréfié dans la cavité, achevèrent la

dépression et l'atrophie du parenchyme. En même temps la souffrance du lobe déprimé et phlogosé, communiquée sympathiquement à l'autre, et le stimulus du pus résorbé, entretenaient la fièvre et provoquaient le développement des tubercules. Enfin la gourmandise du malade favorisa l'inflammation de la muqueuse digestive, et, de ce moment, la décomposition du sujet s'exécuta avec une nouvelle rapidité. Toutes ces causes réunies le conduisirent, en sept semaines, à un état de dépérissement que la pleurésie seule ou la phlogose sanguine, sans ulcération, n'auraient pas produit dans un espace de temps beaucoup plus long.

J'ai rassemblé dans ce chapitre toutes les variétés de la pleurésie chronique qui m'ont paru essentielles à noter pour s'en former une juste idée. Je vais maintenant tirer de leur rapprochement et du résumé des faits que je n'ai pu citer (car les phlogoses de la plèvre sont prodigieusement communes) l'histoire générale de cette maladie, ainsi que je l'ai fait en traitant de la péripneumonie et du catarrhe prolongés.

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA PLEURÉSIE.

Étiologie.

Toutes les causes, soit *prédisposantes*, soit *déterminantes*, que nous avons assignées à la péripneumonie et au catarrhe, peuvent produire aussi la pleurésie; mais il en est parmi elles dont l'action se dirige plus particulièrement sur la plèvre, et nous allons les signaler.

1°. *Parmi les prédisposantes*. Un tempérament sanguin, un état de pléthore, d'irritabilité extraordinaire, de disposition aux fluxions, résultant de la suppression d'une évacuation habituelle, favorisent l'action de toutes les causes qui peuvent provoquer l'inflammation de la plèvre et du poumon : c'est ce qui est accordé par les médecins de tous les pays et de tous les siècles. Mais ce qu'ils n'ont pas assez dit, peut-être parce qu'ils ne l'ont pas suffisamment senti, c'est que toute inflammation actuellement existante est un stimulus toujours en action, qui dispose le corps à en contracter une seconde, une troisième, etc. Ainsi nous n'hésiterons point à mettre au nombre des causes qui prédisposent à la pleurésie les phlogoses des autres organes, et surtout des autres membranes séreuses.

L'étroitesse de la poitrine et sa déformation exposent d'autant plus les personnes à la pleurésie, qu'elles sont plus sanguines. La nature, souvent

irrégulière dans la distribution des matériaux de la nutrition, nous offre tous les jours des hommes musculeux, doués d'un cœur robuste et d'un arbre circulatoire fort énergique, chez lesquels elle semble avoir oublié de développer la poitrine en proportion du reste. Les cadavres des individus ainsi conformés nous présentent souvent des adhérences presque universelles de la plèvre, lors même qu'ils ont succombé à une affection étrangère à celle dont nous nous occupons. Or, ces adhérences sans phlogoses, qui se rencontrent également toutes les fois que le parenchyme a été long-temps le terme d'un mouvement fluxionnaire, prouvent au moins qu'il était habituellement si gonflé, que tout glissement entre les surfaces pleurales était devenu impossible (1). Nous reviendrons sur ce sujet.

Il est aisé de concevoir que les causes qui portent l'irritation dans une plèvre déjà irritée doivent opérer avec bien plus d'efficacité que si elles agissaient sur un sujet doué d'un équilibre parfait. Ces causes sont immédiates ou médiates pour la pleurésie, ainsi que pour la pneumonie et le catarrhe.

2°. *Parmi les causes efficientes immédiates*, celles qui me paraissent les plus capables d'agir sur la plèvre sont : 1°. les percussions et contusions du

(1) Elles démontrent aussi que l'inflammation du parenchyme a pénétré jusqu'à la plèvre.

thorax, quelle qu'en soit la cause. J'ai souvent observé d'anciennes douleurs pleurétiques dépendant de cette cause parmi les soldats du train d'artillerie, et parmi ceux qu'on employait à des travaux publics. 2°. Les efforts violens qui suspendent la respiration, parce que, pendant qu'ils agissent, le parenchyme est gonflé, et la plèvre durement froissée contre les parois osseuses ; 3°. les quintes de toux violentes et opiniâtres. J'ai déjà fait remarquer que des douleurs de côté qui paraissaient avoir été produites par les secousses de la toux, étaient dégénérées en véritables pleurésies. — Les pleurésies provoquées par cet ordre de causes peuvent se déclarer brusquement et avec fièvre vive ; mais plus souvent elles ont un début obscur, et ne se manifestent clairement qu'après avoir fait de funestes progrès, ce qui vient, selon moi, de ce que les lésions accidentelles de la plèvre, dont elles ne sont que l'accroissement, étaient légères dans leur origine.

3°. *Les causes médiates*, ou qui n'intéressent le poumon qu'en modifiant un organe en rapport avec lui (1), peuvent toutes agir sur la plèvre, au lieu de porter leur action sur la muqueuse et sur le parenchyme. Il n'est point de praticien qui n'ait souvent à traiter des pleurésies survenues à la suite d'un refroidissement qui succède brusquement à une sueur copieuse ou à une exaltation

(1) *Voyez l'Etiologie du catarrhe.*

d'action des capillaires de la circonférence. On dirait que l'excitation qui vient de cesser dans ces vaisseaux est tout-à-coup transportée dans ceux de la membrane séreuse.

Cette cause est celle que l'on assigne le plus communément à la phlogose de la plèvre, parce qu'elle donne ordinairement lieu à des pleurésies bien dessinées, c'est-à-dire marquées par le point de côté et par la fièvre. Si elle les produit plutôt ainsi que latentes et apyrétiques, ce doit être à raison de la violence de son action. En effet, il est toujours naturel qu'un dérangement considérable de fonctions, survenu tout-à-coup chez un homme vigoureux, développe une maladie aiguë bien caractérisée. Cependant le resserrement des capillaires de la peau et du tissu sous-jacent n'agit pas toujours aussi brusquement sur la plèvre. On voit des pleurésies, évidemment provoquées par cette cause, ne devenir sensibles qu'après un temps fort long. Cela s'observe particulièrement chez les hommes déjà affaiblis, et en quelque sorte émoussés par une autre maladie, à l'époque où le froid vient déterminer chez eux la phlogose de la plèvre. Peut-être même que dans certains cas le surcroît d'exhalation précède ou occasione la véritable phlegmasie.

Les causes qui agissent sur les vaisseaux extérieurs à la manière du froid, telles que le frisson fébrile, la frayeur, l'horreur, la surprise, etc., produiront plutôt des pleurésies latentes que l'air

ou les liquides froids. On a dû remarquer dans le courant de cet ouvrage que la plupart des pleurésies qui se déclarèrent pendant les fièvres intermittentes ne furent bien constatées que par les progrès de l'épanchement. Il me semble que ces fièvres ont deux manières principales de produire la pleurésie, qui correspondent aux deux ordres de causes que j'assigne à cette maladie : 1°. par le frisson, dont l'influence centripète peut diriger les fluides sur la séreuse du poumon, tout en agissant sur son parenchyme et sur sa muqueuse : ce mode d'action est analogue à celui de l'air froid ; 2°. par les secousses convulsives du diaphragme et des muscles de la paroi thoracique, qui font froisser l'une contre l'autre les surfaces exhalantes de la membrane séreuse. Le gonflement et l'érection capillaire du parenchyme, effet inséparable du frisson, les secousses continuelles de la toux, contribuent sans doute à augmenter la pression et à rendre la lésion de la plèvre plus facile. Mais comme, dans la plupart des cas, cette lésion est fort légère dans son principe, le début de la pleurésie ne peut être ni senti par le malade, ni soupçonné par le médecin (1).

---

(1) Il faut ajouter à ces causes les irritations de l'appareil fibro-séreux ou le rhumatisme et la goutte, qui, après avoir parcouru différentes régions de cet appareil, viennent se fixer sur la plèvre : on les voit aussi attaquer le péricarde et même le tissu du cœur.

Développement, progrès et terminaison de la pleurésie.

Développement. Lorsque, dans un sujet plein de vigueur, la pleurésie est provoquée subitement par une cause énergique, comme une forte contusion du thorax, un refroidissement complet au moment que les capillaires de la circonférence sont dans un épanouissement et une action considérables, elle débute ordinairement avec violence, et l'on observe un frisson suivi d'une douleur fixe et pongitive d'un ou des deux côtés de la poitrine, fièvre vive, toux sèche, respiration entrecoupée et douloureuse; en un mot, tout l'appareil inflammatoire si bien décrit par les auteurs, et qu'il me suffit ici d'indiquer pour marquer mon point de départ. — Mais il est une autre nuance de pleurésie appartenant également au plus haut degré d'acuité, sur laquelle je m'arrêterai davantage.

Quoique produite par les mêmes causes, la pleurésie n'a pas toujours la même physionomie. Si, dès le moment de l'invasion, la phlogose occupe toute la membrane, il n'y a souvent pas de point fixe et circonscrit; toute la poitrine est douloureuse, les douleurs se font sentir en différentes directions; souvent elles traversent le tronc de part en part; elles sont tantôt lancinantes, tantôt gravatives, tantôt brûlantes, etc. Les parois thoraciques sont immobiles, et la respiration se

fait par l'abaissement du diaphragme ; le malade se tient assis et penché en avant ; il a la face très-décomposée, les joues fort rouges ; il n'ose tousser. L'anxiété est considérable, et le mouvement fébrile très-violent.

De tous ces signes, ceux qui correspondent le plus directement à la pleurésie, ce sont l'envie continuelle de tousser, que la douleur rend infructueuse ; l'immobilité des parois de la poitrine ; la douleur que produit la percussion ; les élancemens qui ont lieu aux moindres commotions de toux, d'éternuement, etc.

Lorsque la séreuse du cœur partage l'irritation, les symptômes sont plus violens ; les douleurs sont rapportées surtout à la région précordiale ; l'anxiété et l'insomnie sont au plus haut degré ; la courbure en avant, et le coucher en pronation avec les genoux pliés ; sont plus remarquables ; mais, ce qui l'est par-dessus tout, c'est le défaut presque absolu de fièvre.

Indépendamment de ces symptômes, on donne pour signe particulier à la péricardite la tendance aux lipothymies. J'ai aussi presque toujours observé ce symptôme ; mais ce qui m'a le plus frappé, c'est la concentration du pouls et le défaut de chaleur fébrile. Lorsque les deux derniers se rencontrent chez un homme qui a été soumis aux causes des phlegmasies pectorales, et qui est à-peu-près dans l'état que nous venons de décrire comme propre à la pleurésie, lorsque sur-

tout cet homme n'a point été épuisé par une maladie antérieure, on doit redouter la phlogose de la membrane séreuse du cœur et du péricarde.

Progrès et terminaison. La pleurésie aiguë offre beaucoup de variétés dans ses progrès. Il en est qui guérissent promptement, et qui paraissent céder aux moyens qu'on leur oppose sans affecter de parcourir des périodes régulières. Ce sont les plus légères, celles où la circonscription de la douleur et la modération des troubles sympathiques font présumer que le point d'irritation n'occupait qu'une portion rétrécie de la plèvre.

D'autres, plus violentes, s'accroissent ou persistent durant un certain nombre de jours, et paraissent mettre la vie du malade en danger. Mais lorsqu'elles doivent guérir, on les voit rarement produire cette angoisse et cette altération profonde des fonctions que nous avons dit appartenir aux phlogoses qui occupent toute l'étendue d'une plèvre et même la séreuse du cœur. Après beaucoup de souffrance et une fièvre des plus vives, nous voyons l'irritation générale se calmer, la douleur perdre de son acuité, s'étendre, se prolonger souvent jusqu'à l'épaule, se dissiper enfin tout-à-fait dans l'espace de sept à quatorze jours. Cependant le lieu où s'est fait sentir le point de côté reste long-temps sensible, et fait même éprouver des douleurs assez vives dans quelques éternuemens, dans certaines pandiculations, et lors-

qu'on se livre à des exercices violens et insolites (1).

Les pleurésies qui se sont ainsi montrées rebelles dans l'état aigu, avec persévérance de la fièvre, de la chaleur, et qui se terminent par des hémorrhagies et une expectoration abondante, étaient compliquées d'une irritation phlogistique de la membrane muqueuse ou de ses cryptes, et tenaient toujours plus ou moins du catarrhe ou de la pneumonie : j'en juge par l'injection de la muqueuse trachéale et bronchique, et par l'induration rouge, qui se sont toujours fait apercevoir lorsque les malades ont succombé dans l'état aigu.

Je ne regarde comme pures et simples que celles où le pouls est serré, convulsif, la chaleur modérée; en un mot, celles où le mouvement fébrile ne correspond point à la violence de l'affection pectorale. Si celles-là deviennent mortelles dans l'état aigu, elles peuvent laisser le poumon entièrement perméable à l'air. Il faut cependant être prévenu que cette disproportion dont nous parlons peut s'observer dans les pleuro-péripneumonies compliquées de péricardite, et qu'alors le seul signe qui fasse présumer l'inflammation des capillaires de l'artère pulmonaire, c'est la rougeur foncée des joues. Cette complication

(1) Tout cela suppose que la phlegmasie n'a pas été vivement attaquée dans son début par les saignées locales, les cataplasmes émolliens et les vésicatoires.

offre l'image de la plus terrible angoisse. J'en ai vu des exemples effrayans. Alors la maladie est au-dessus de tous les remèdes.

Toutes les fois que la pleurésie simple est guérissable, on est surpris du bon effet des remèdes. J'ai vu les douleurs les plus poignantes et l'anxiété qui les accompagne disparaître tout-à-coup, comme par enchantement, au moment où l'action rubéfiante du vésicatoire commençait à avoir lieu. La saignée, les sangsues (1), un cataplasme émollient, un bain, ont souvent opéré d'une manière aussi heureuse. Lorsqu'on voit la fièvre cesser en même temps que la douleur, sans évacuations considérables, on a lieu de présumer que la pleurésie était simple; car les symptômes sont toujours plus rebelles quand ils dépendent d'une phlegmasie un peu profonde du parenchyme. La fièvre surtout affecte de persister et de ne céder qu'aux saignées répétées, à moins qu'elle ne soit enlevée par une hémorrhagie, par des sueurs, ou par tout autre mouvement critique.

Pour que la guérison soit complète, il faut qu'elle ait lieu dans les trois premiers septénaires, et que les fonctions se rétablissent ensuite promptement dans leur équilibre. S'il reste des signes d'irritation pectorale, la pleurésie chronique est à craindre. Nous allons essayer de la décrire, après

(1) Je n'en connaissais pas toute l'efficacité lors de la composition de cet ouvrage.

en avoir étudié le développement dans les sources d'où elle tire le plus ordinairement son origine.

Pleurésie chronique.

Développement. La plus commune d'entre ces sources, c'est la pleurésie aiguë. Elle lui donne lieu lorsqu'elle a été négligée, soit que l'afflux trop impétueux des fluides s'oppose à l'adhérence, soit que leur qualité les rende impropres à servir de moyen d'union, soit enfin que la phlogose ait désorganisé le tissu ou dépravé son action d'une manière irréparable. Mais elle la produit encore, bien qu'elle ait été traitée en apparence avec succès : on voit des pleurésies dégénérer en chroniques, quoique la douleur ait été d'abord enlevée par un vésicatoire. J'ai pourtant remarqué que les malades à qui cela était arrivé, trop rassurés par la disparition du point de côté, avaient négligé les autres moyens thérapeutiques, et s'étaient trop hâtés de reprendre leur régime et leurs occupations ordinaires. Je regarde donc le traitement incomplet de l'état aigu comme une cause très-capable de produire l'état chronique, sans néanmoins oser nier que certaines pleurésies aiguës ne soient de nature à se prolonger en dépit du traitement le plus rationnel.

Lorsque la pleurésie chronique est le résultat d'une contusion du thorax, elle est précédée d'une douleur fixe, plus ou moins longue, qui d'abord

semblait appartenir aux muscles, mais que l'on reconnaît pour intéresser le poumon par les signes qui seront bientôt exposés. Il ne faut pas accorder trop de confiance au calme que procurent les topiques et les sangsues, qui peuvent ici déguiser la maladie sans la guérir, aussi bien que dans les pleurésies aiguës et fébriles. Le retour accidentel des douleurs, et l'altération de la fonction respiratoire, suffisent pour nous faire appréhender que l'irritation ne soit encore assez forte pour dégénérer en pleurésie chronique (1).

Les douleurs de côté irrégulières, ou sujettes à changer de place dans la circonférence de la poitrine, lorsque les malades ont été exposés au froid, ou bien ont habité des lieux humides, etc.; celles qui ne paraissent que de temps en temps, durant les quintes de toux, ou dans le tremblement des fièvres intermittentes, doivent inspirer quelque méfiance, lorsqu'on s'aperçoit qu'elles affectent toujours le même siége, et lorsqu'on peut les rendre sensibles par une grande inspiration. Attendre, pour constater la pleurésie chronique, l'altération profonde de la coloration, et les autres signes qui témoignent la dépravation de la force assimilatrice, c'est presque s'interdire tout espoir de guérison.

Les toux opiniâtres et sèches, qui s'accompa-

---

(1) Mais il est encore temps de s'y opposer, en répétant les sangsues et les vésicatoires.

gnent enfin d'une sensibilité du thorax, manifestée seulement par les secousses, les efforts et la percussion, quand on veut l'exercer, peuvent nous faire songer à la pleurésie chronique. Quoique nous soyons portés à attribuer cette sensibilité douloureuse à la fatigue des muscles inter-costaux, n'oublions pas de nous dire à nous-mêmes que, si la toux peut irriter les muscles, elle peut aussi blesser la susceptibilité des plèvres; que de cette lésion à la phlogose obscure et à l'épanchement, il n'y a qu'un trajet fort court, et que la douleur de ces différens tissus peut très-bien correspondre au même point.

Quelle que soit la manière dont la pleurésie chronique s'est développée, lorsqu'elle existe, on la reconnaît à une combinaison particulière de signes dont nous allons essayer de présenter le tableau.

Progrès et terminaison.

1°. *De la Pleurésie chronique évidente.* Lorsqu'une pleurésie aiguë qui a été bien dessinée laisse à sa suite une douleur permanente du côté jadis affecté, ou lorsqu'à la douleur aiguë et circonscrite il en succède une autre obtuse et étendue, la pleurésie chronique est probable. — Si l'on observe ensuite que le côté affecté cesse d'être sonore à la percussion; si celle-ci est douloureuse aussi-bien que la toux, l'éternuement, et toutes les secousses communiquées au tronc; si le malade,

après avoir évité pendant long-temps de s'incliner sur le côté souffrant, ne se trouve bien qu'en se couchant dessus, on doit juger que la phlogose de la plèvre a fourni un épanchement considérable, et que le lobe est en grande partie atrophié et devenu impropre à la respiration (1).

Si, pendant que ces désordres s'opéraient dans la cavité thoracique, le malade ne s'est plaint que d'une toux sèche, redoublant par les exercices et durant la nuit; si le pouls n'a été que fréquent sans dureté, la chaleur rarement fébrile, le teint d'un jaune pâle sans rougeur des pommettes, l'embonpoint peu diminué, il est à présumer que la pleurésie est simple, et que le parenchyme est peu ou n'est point altéré. — Cette espèce de pleurésie dure souvent plus d'une année. Les malades peuvent périr dans l'hydropisie, ou du moins avec un œdême analogue à celui qui s'observe à la terminaison funeste du catarrhe chronique. — On les voit encore expirer dans le marasme le plus complet : dans ces cas, la mort est reculée jusqu'à deux ou trois ans, et peut-être davantage, à raison du défaut de douleur et de fièvre.

Si, au contraire, le malade a souvent éprouvé des retours de dyspnée, de suffocation, de fièvre;

---

(1) M. Laennec (*de l'Auscultation médiate*) ajoute à ces signes une voix tremblotante que l'on entend à travers le cylindre appliqué sur le lieu de l'épanchement, pendant qu'on fait parler le malade. C'est ce qu'il appelle *œgophonie*.

s'il a beaucoup toussé; si la toux, après avoir été long-temps sèche, fournit une expectoration plus ou moins abondante; si l'hectique devient continue et les joues habituellement pourprées; si le corps s'amaigrit promptement, on peut être assuré que la phlogose a été communiquée au parenchyme, soit par les progrès spontanés de l'irritation, soit par les effets de la pression du liquide trop rapidement accumulé; et dans ce cas, l'induration et les tubercules sont à craindre.—Ces sortes de pleurésies ne sauraient être de longue durée : lorsque la phlogose est bien établie dans le parenchyme, la vie est usée en moins de deux à trois mois, et le malade périt dans le marasme. Mais tout ce qui accélère ou ralentit les progrès de la phlegmasie hâte ou recule l'époque de la destruction de l'organisme.

Lorsque la fièvre hectique est d'une rapidité extraordinaire, que l'anxiété est considérable, que les traits se décomposent promptement, que toutes les excrétions acquièrent une fétidité repoussante, on juge que les foyers purulens sont multipliés ou fort étendus; on pourra même quelquefois en induire que le parenchyme du poumon est perforé, et que l'air parvient au liquide accumulé dans la plèvre; car il ne peut exister un foyer plus vaste et plus propre à empoisonner l'économie, qu'une cavité de la poitrine remplie de pus, lorsque l'introduction de l'air a transformé ce liquide en une sanie putride.

Si le sujet qui souffre d'une pleurésie chronique, soit simple, soit compliquée de l'affection du parenchyme pulmonaire, est prédisposé aux affections du cœur, les palpitations et les autres signes de l'anévrysme peuvent se présenter dans un tel degré d'intensité, que le praticien soit exposé à méconnaître la maladie principale. Ces symptômes sont l'effet de la pression exercée par la matière de l'épanchement sur l'organe central de la circulation. On en acquiert la certitude lorsqu'en reprenant l'histoire de la maladie depuis l'invasion des premiers accidens, on découvre que l'affection du cœur est postérieure à une pleurésie aiguë, ou n'est devenue sensible que pendant les progrès d'une pleurésie chronique.

2°. *De la Pleurésie chronique équivoque.* Si la pleurésie chronique s'est développée obscurément par l'une des causes dont nous avons donné l'énumération, les signes commémoratifs ne sont plus aussi clairs que dans celle qui succède à la pleurésie aiguë. Néanmoins, elle peut encore devenir reconnaissable de deux manières : par la douleur et ses effets; par l'épanchement et les conséquences qu'il entraîne. 1°. *Par la douleur.* La sensibilité des parois thoraciques, après s'être accrue avec lenteur, peut devenir telle que nous l'avons observée à la suite de la pleurésie aiguë prolongée; elle peut même s'accroître au point de représenter une attaque de cette dernière. Elle en diffère pourtant, en ce qu'elle n'a pas de durée déter-

minée, et qu'elle cède souvent, ainsi que toutes les phlegmasies chroniques qui simulent les aiguës, aux premiers moyens anti-phlogistiques qu'on lui oppose. En effet, elle ne se maintient dans l'état d'acuité que quand le parenchyme participe à l'irritation.

Lorsque la douleur reste dans les limites d'une sensibilité obscure, qui ne devient véritable douleur que par la percussion, ou dans le moment des secousses du thorax, la pleurésie chronique ne peut encore qu'être redoutée; on ne saurait la constater qu'à un degré où elle est très-probablement incurable, c'est-à-dire :

2°. *Par l'épanchement.* C'est en empêchant la cavité de rendre un son clair à la percussion que l'épanchement, ou du moins l'accumulation de liquide dans la cavité thoracique, se fait présumer. Le défaut de son nous atteste seulement qu'il existe derrière le lieu percuté autre chose qu'un lobe du poumon rempli d'air. Qui pourra ensuite nous apprendre que le corps qui empêche la sonoréité est plutôt un liquide (1) que le parenchyme devenu imperméable à l'air, ou toute autre substance solide et compacte ? Ce sera le souvenir de ce qui s'est passé, et le rapprochement des signes qui frappent encore nos sens. Ainsi, les progrès lents, mais continus, d'une douleur

(1) C'est ici que l'œgophonie est précieuse quand on peut l'obtenir et qu'on sait la reconnaître.

des parois thoraciques, affectant toujours le même siége, et plus ou moins rapprochée de la douleur pleurétique connue; le défaut des signes qui indiquent la phlogose chronique et l'induration du parenchyme, ou du moins leur coïncidence avec ceux de la pleurésie, dont ils semblent alors être l'effet, feront attribuer, non sans beaucoup de vraisemblance, le son obtus de la poitrine à la collection d'un liquide dans la plèvre. Je dis plus, ces signes donneront lieu de présumer que le parenchyme est considérablement atrophié, parce qu'un léger épanchement n'empêche pas la poitrine d'être sonore, à moins que le lobe ne soit endurci. Lorsque les signes commémoratifs étant en défaut, la dyspnée, la suffocation, l'orthopnée, la fièvre, se renouvelleront ou se déclareront pour la première fois, pendant qu'on a des doutes sur la cause du défaut de résonnement du thorax, on pourra justement attribuer ces accidens à la compression du parenchyme; et le renouvellement de la douleur pleurétique, qui marche ordinairement de concert, nous portera souvent à expliquer cette compression par l'accumulation du liquide fourni par la plèvre enflammée.

Il est des cas où la percussion ne saurait découvrir l'épanchement : c'est lorsque la collection pleurétique se fait dans la partie postérieure et inférieure de la cavité thoracique, attendu que le lobe, appliqué derrière les parois antérieures, rend la percussion de ce lieu très-sonore. Si l'on

tente l'expérience par la partie postérieure du tronc, on ne saurait en tirer plus de lumières, à moins que la collection ne soit déjà considérable, ce qui rendrait le son obtus dans toute la région dorsale. Mais si la matière s'est accumulée dans la partie inférieure, en déprimant le diaphragme, le son ne cesse point d'être clair et satisfaisant dans presque toute la surface du dos qui correspond aux lobes du poumon. L'expérimentateur rencontre bien un son obtus en approchant de la base de la poitrine; mais l'épaisseur des tégumens, souvent augmentée par l'œdême, le voisinage des viscères abdominaux, doivent le faire hésiter à attribuer le défaut de résonnement à une collection de liquide. J'ai cité un cas de cette espèce (*Observation XXIII*) où, néanmoins, la quantité du fluide était très-considérable. Les pleurésies chroniques de cette espèce doivent être placées au rang de celles dont le diagnostic est le plus difficile, lorsqu'elles n'ont pas débuté sous la forme aiguë et avec un point dans la région dorsale, parce que la douleur peut être prise pour un lombago chronique, ou être attribuée à la souffrance des viscères de l'abdomen, comme l'observation ci-dessus rappelée en fournit un exemple.

Il est donc des pleurésies chroniques où la douleur et l'épanchement ne fournissent pas assez de données à l'observateur pour pouvoir en tirer un diagnostic certain. Mais celles de la partie posté-

rieure et inférieure de la cavité ne sont pas les seules qui puissent donner lieu à cette pénible hésitation. Certaines pleurésies doubles, ou des deux cavités, deviennent souvent aussi embarrassantes, 1°. à raison de l'étendue de la douleur, qui occupe toute la circonférence du thorax, et peut être prise ou pour rhumatismale, ou pour catarrhale; 2°. parce que la dépression se faisant avec lenteur, la percussion reste équivoque le plus souvent jusqu'au dernier degré de la maladie. En effet, tant que les parenchymes occupent encore la majeure partie de l'espace intra-thoracique, le son a toujours un certain résonnement. On conçoit que si les deux lobes pulmonaires sont déprimés en même temps avec promptitude, ou que si l'atrophie d'un côté marche beaucoup plus vite que celle de l'autre, les signes de la compression, que nous avons déjà fait connaître, ne sauraient manquer de se prononcer avec force. Les pleurésies doubles ne seront donc obscures que lorsque la douleur sera peu considérable, et lorsque la collection se fera avec beaucoup de lenteur, c'est-à-dire, pendant les premiers progrès de la maladie, qui sont souvent fort longs : or, c'est précisément durant cet intervalle qu'il importe d'en saisir le diagnostic. Ce motif me détermine à rassembler, en dernière analyse, les données qui me paraissent les plus propres à faire découvrir le plus tôt possible l'existence d'une

pleurésie, dans les cas où la douleur et la percussion ne fournissent pas des indices suffisans.

3°. *De la Pleurésie chronique la plus latente.* Lorsqu'un malade est fatigué d'une toux chronique, haute et râpeuse, et qu'il fait de vains efforts pour expectorer; lorsque cette toux se prolonge au-delà de trois à quatre mois, sans qu'on voie se développer de mouvement fébrile continu, ni aucun des signes de la phlogose sanguine et de l'induration chronique (1); lorsqu'en même temps le teint est peu changé, l'embonpoint bien conservé, on doit penser que le point d'irritation n'est pas placé dans la membrane muqueuse des vésicules bronchiques. Reste à déterminer quel peut en être le siége.

S'il est dans l'estomac, quelques symptômes gastriques pourront nous en avertir. — S'il réside dans le larynx ou la trachée, les lésions locales l'auront bientôt fait découvrir. — S'il est établi dans la cavité pectorale même, il peut être hors des poumons, ou dans les poumons et leurs dépendances.

Hors des poumons, il peut occuper le médiastin, les parois, le cœur et les gros vaisseaux. — S'il est dans le médiastin, et qu'il soit inflammatoire, le calme apyrétique dont nous avons parlé est interrompu par les symptômes du phleg-

---

(1) *Voyez* le chapitre précédent, et, plus bas, le *tableau de la phthisie*.

mon. S'il consiste dans une tumeur développée dans le tissu du lieu, le diagnostic devient à-peu-près impossible; mais on est prévenu que ces cas sont fort rares. Il en est de même de toutes les tumeurs extraordinaires qui peuvent se développer dans les parties qui circonscrivent l'organe respiratoire. — Si le cœur ou les gros vaisseaux sont affectés, la maladie se reconnaît aux troubles de la circulation (Voyez *les signes de la diathèse anévrysmatique ou variqueuse*, page 123). Dans ce cas, la toux, loin d'être éclatante, sèche et râpeuse, est sourde, bouillonnante, et avec crachats muqueux.

Dans les poumons et leurs dépendances, le point d'irritation peut encore occuper différens siéges. Il peut consister dans une tuméfaction extraordinaire des glandes lymphatiques placées entre les divisions bronchiques. Le diagnostic de cette lésion est difficile, à moins que la tumeur ne comprime assez les conduits aériens pour rendre la respiration sibilante; mais si elle passe à l'état inflammatoire, toute ambiguïté disparaît, et les signes de la phthisie pulmonaire se déclarent. — Le point d'irritation peut encore être un tubercule unique développé dans le milieu du parenchyme, qu'il comprime d'autant plus que le sang s'y accumule davantage, comme pendant les exercices, etc. Une telle circonstance fournit un trait de ressemblance entre ce cas et la pleurésie chronique, qui peut exposer à l'erreur; mais, je le ré-

pété, ce ne serait qu'autant que la douleur et la percussion ne fourniraient aucune lumière. Du reste, un tubercule unique en produit ordinairement d'autres, et phlogose le poumon (1); ce qui donne enfin un caractère à la maladie. Mais les tubercules isolés, ainsi que les tuméfactions des glandes bronchiques, sans affection simultanée des vaisseaux lymphatiques du poumon, sont fort rares; tandis que les phlogoses latentes de la plèvre sont communes.

Il résulte de ces divers rapprochemens que les toux anciennes, sèches, râpeuses, sans amaigrissement progressif, sans fièvre, ou seulement avec une fréquence du pouls qui ne paraît fébrile qu'à la suite des excès, nous fournissent déjà la présomption d'une irritation permanente de la plèvre. Il ne manque plus, pour obtenir un diagnostic complet, que les signes que nous procurent la douleur et la percussion; mais, dans ces conjonctures délicates, on tire parti des plus légers indices: ainsi, telle douleur qui, sans ces données, ne serait jamais rapportée à la pleurésie, en devient une preuve presque certaine lorsqu'il ne manque plus qu'elle pour donner l'exclusion à toutes les autres causes d'irritation que nous venons de passer en revue.

(1) L'existence d'un tubercule suppose celle d'une phlegmasie antécédente.

Irrégularites et complications.

En suivant la marche de la pleurésie dans l'état chronique et latent, nous avons rendu compte de ses irrégularités. Ses complications les plus ordinaires sont, ainsi que nous l'avons déjà noté, la phlogose sanguine ou lymphatique du parenchyme, l'anévrysme du cœur, et les désordres de la circulation qui correspondent aux différentes altérations des gros vaisseaux.

On conçoit assez que le cerveau peut être irrité d'une manière particulière pendant le cours d'une longue pleurésie, et ce que nous pourrions dire à ce sujet serait nécessairement superflu. Nous n'avons point aperçu de liaison directe entre les phlogoses de la plèvre et celles de l'arachnoïde.

L'abdomen est disposé à la phlogose par toutes les longues souffrances des organes respiratoires : c'est quelquefois dans sa membrane séreuse qu'il reçoit l'influence phlogistique des inflammations de la plèvre ; et celle-ci, à son tour, peut devenir malade sans qu'on en trouve d'autre cause que l'affection du péritoine : j'en ai recueilli plusieurs exemples. — La pleurésie chronique peut donc être considérée comme une prédisposition à la péritonite *et vice versâ.* Nous renvoyons à la péritonite ce que nous avons à dire sur cette complication. — La membrane muqueuse des organes digestifs paraît se phlogoser encore plus fréquem-

ment que la séreuse sur la fin de la pleurésie de longue durée. Mais cela peut tenir à des circonstances particulières dont nous remettrons l'examen au chapitre des inflammations lymphatiques du poumon avec ulcération, maladies qui parviennent rarement au dernier degré de chronicité sans se trouver compliquées d'une diarrhée *colliquative*.

De toutes les fièvres essentielles (1), les intermittentes m'ont semblé être celles qui ont le plus de rapport avec la pleurésie. Mais, que pourrais-je ajouter ici qui ne fût la répétition de ce que j'ai dit à l'occasion du développement de cette phlegmasie ?

Altérations organiques.

Nous avons déjà dit qu'il était présumable que la guérison des pleurésies ne pouvait s'effectuer sans adhérence. Celles que l'on trouve fréquemment dans les cadavres de personnes qui ont succombé sans aucun signe d'affection pectorale, ont accrédité cette opinion, et plusieurs anatomistes, entre lesquels je citerai M. Baillie, qui a publié depuis quelques années un traité d'Anatomie pathologique, ont admis que toutes ces adhérences sont des produits de l'inflammation. Cependant, si l'on con-

---

(1) Par fièvres essentielles entendez des gastro-entérites aiguës, continues ou intermittentes. (*Voyez* l'*Examen des doctrines*, etc.)

sidère que chez toutes les personnes qui ont eu pendant un certain temps la respiration pénible, on ne manque jamais d'en rencontrer, et que toutes les parties de notre corps qui ne sont que contiguës dans l'ordre physiologique, deviennent continues si elles restent long-temps dans l'immobilité, il faudra convenir que toutes ces adhérences de la plèvre ne sont pas des signes certains de pleurésies antécédentes, et qu'il suffit, pour leur formation, que le glissement soit rendu impossible entre les deux surfaces exhalantes. Du reste, comme l'inflammation est à la tête des causes qui produisent avec le plus d'efficacité le défaut de glissement, il est difficile de concevoir qu'elle puisse se terminer sans laisser d'adhérence.

Il paraît désormais suffisamment démontré que les fluides exhalés sur les surfaces à glissement sont les instrumens de l'adhésion qui s'établit accidentellement, et que plus ils sont épais, plus la coalition est facile. C'est ce qui nous a fait penser qu'une phlegmasie modérée et peu longue était favorable à l'organisation du liquide albumineux des membranes séreuses; tandis que l'excès de l'irritation ou sa continuité dans un degré d'intensité même très-modéré, nuisait toujours à cette opération de la nature. En effet, dans son principe, l'inflammation suspend les excrétions; aussitôt qu'elle se modère, elle les rétablit; mais l'humeur est plus condensée qu'à l'ordinaire : c'est là le vrai moment de l'organisation. Enfin la

phlogose, en se dissipant, permet au fluide de reprendre ses conditions physiologiques, c'est-à-dire, qu'il se réduit bientôt à une vapeur légère, incapable de nuire au tissu qui vient de se former. —Mais si, dès son début, la phlogose est portée à un degré de violence qui éteigne tout-à-coup la vitalité des capillaires de la membrane, qui les jette dans la stupeur, ou qui les force d'exhaler de la lymphe avec trop d'abondance, ou du sang pur, comme il n'arrive que trop souvent; si, quoique modérée ou faible, la phlogose est toujours entretenue, et que les exhalans séreux deviennent un centre habituel de fluxion, on sent qu'il est de toute impossibilité qu'il se fasse jamais une adhérence salutaire. Dans ces cas malheureux, la mort est la seule terminaison possible de la phlegmasie, et l'on observe des altérations qui correspondent à la période où la maladie est devenue mortelle. Ainsi :

Si le sujet a succombé dans le plus haut degré d'une phlegmasie véhémente, on trouve la séreuse fortement injectée, noire ou sphacelée, l'exsudation très-épaisse ; le liquide est en moindre quantité que dans les pleurésies aiguës ; mais il est encore abondant en proportion du peu de temps qu'il a eu pour déprimer le parenchyme. On observe aussi du sang liquide, ou une nappe fibrineuse qui ressemble au coagulum de ce fluide.

Si la pleurésie a été chronique, on remarque bien souvent que la séreuse a été considérable-

ment épaissie; on trouve entre ses lames des tubercules ou de petits dépôts de matière tuberculeuse; quelquefois son tissu paraît désorganisé et converti en substance lardacée, en cartilage, en os, etc. Ce liquide se rencontre ordinairement en très-grande quantité, et le poumon est quelquefois si atrophié, qu'on pourrait, au premier abord, s'imaginer qu'il a disparu.

Lorsque la pleurésie tient à-peu-près le milieu entre l'état aigu et l'état chronique, il n'est point rare de rencontrer des productions celluleuses de plusieurs pouces de longueur, dont les unes ont déjà l'apparence fibreuse et organique, les autres sont en partie rompues et tombées en *deliquium*, comme si elles avaient été dissoutes par la sérosité ou exsudation liquide.

L'épanchement sanguin et la gangrène de la séreuse se présentent aussi, quoique bien rarement, dans les cadavres de ceux qui ont succombé aux pleurésies chroniques. Mais dans les cas où j'ai observé cette espèce de combinaison, la phlogose chronique avait repris les caractères de l'aiguë quelque temps avant l'époque fatale (1).

La dépression du parenchyme pulmonaire, ef-

(1) Je n'ai jamais trouvé la gangrène de la plèvre sans qu'il y eût en même temps des foyers d'inflammation dans le parenchyme. C'est vis-à-vis ces foyers qu'elle se gangrène et que souvent elle se perfore. Ces foyers peuvent être grands ou petits : j'en ai trouvé qui n'auraient pu contenir qu'une

fet inévitable de l'accumulation du produit matériel de la phlegmasie, désorganise presque toujours ce viscère, à moins qu'elle ne se fasse avec lenteur, et chez les sujets peu irritables et peu sanguins. Dans ce cas, la pleurésie est simple; mais, plus souvent, le lobe comprimé devient tuberculeux, et s'enflamme consécutivement. Quelquefois on n'y trouve que des tubercules sans induration à l'entour, comme s'ils étaient le simple effet de l'obstacle offert à la progression des fluides blancs, tandis que la phlogose sanguine règne exclusivement dans le lobe du côté opposé, qui est injecté, endurci, et tellement développé, qu'il remplit exactement sa cavité, et que les surfaces exhalantes de sa membrane séreuse sont par-tout réunies par des adhérences de pression.

Quoique les altérations organiques que le poumon subit en conséquence de sa dépression appartiennent aux irritations lymphatiques dont nous allons parler incessamment, je ne saurais me dispenser de faire ici mention de la perforation de la plèvre pulmonaire, parce qu'en permettant à l'air de parvenir jusqu'au liquide accumulé dans la cavité, cette perforation influe

---

petite noisette ou qu'un pois; ils étaient creusés derrière la séreuse, à la superficie des lobes. La séreuse y paraissait déprimée, ce qui offrait l'aspect d'une pustule noirâtre. Ces foyers étaient absolument sans tubercules, et constituaient autant de petits dépôts phlegmoneux.

d'une manière extraordinaire sur la marche des pleurésies chroniques.

Lorsque j'ai rencontré une solution de continuité à l'un des lobes du poumon, avec un foyer ulcéré communiquant avec le pus dont la séreuse était remplie, je n'ai point cru que la maladie eût commencé par un abcès développé dans le parenchyme, et ouvert dans la cavité de la poitrine. Mes raisons, c'est qu'un phlegmon du parenchyme produit le gonflement du lobe, l'applique avec force contre les parois, et l'y maintient solidement par des adhérences de pression. Par conséquent, si ce phlegmon produisait un abcès dont le pus fût dirigé vers la circonférence du lobe, il se prononcerait infailliblement à l'extérieur de la poitrine, et se ferait jour par une ouverture des tégumens. Tel est aussi l'avis du professeur Boyer, qui l'a plusieurs fois manifesté dans ses leçons particulières, et dans les discussions publiques; mais je ne sache pas qu'il ait donné l'explication des cas analogues à ceux que j'ai observés. On conçoit cependant à merveille qu'un poumon enflammé, devenu tuberculeux et ulcéré, pour avoir été trop longtemps comprimé par l'épanchement pleurétique, se perfore à la fin, et que le pus du parenchyme et celui de la plèvre se confondent. On peut encore admettre que la membrane séreuse, tiraillée, d'un côté par le fluide qui la remplit, irritée, de l'autre, par le pus acrimonieux d'un ulcère qui

a déjà rongé le parenchyme, et qui est parvenu jusqu'à sa face externe, est exposée à se gangréner, et à donner lieu à la communication qui nous occupe.

Maintenant j'ajouterai, afin de résumer ce que j'ai dit à ce sujet, que toutes les fois que j'ai rencontré un foyer du parenchyme ouvert dans la cavité de la poitrine, j'ai remarqué des traces d'une pleurésie chronique, et que l'histoire de la maladie ne me laissait aucun doute sur l'antériorité des symptômes de cette dernière affection. Dans tous ces cas aussi la plèvre était gangrenée; mais je présume que la perforation peut très-bien se faire sans cela.

Telles sont les altérations organiques que j'ai observées, dans le tissu de la plèvre et du poumon, à la suite des pleurésies soit aiguës, soit chroniques. Il me reste à parler de la matière des épanchemens. — Le fluide accumulé dans la cavité de la poitrine, à la suite des pleurésies, est sujet à beaucoup de variétés. Lorsque la phlegmasie a été aiguë, on trouve ordinairement une couche membraniforme blanche ou jaunâtre, immédiatement sur la plèvre. Cette matière offre une apparence fibreuse; si on la presse entre les doigts, on en exprime de la sérosité, et ses cellules s'affaissent. L'espace qui se trouve entre le parenchyme et les côtes est rempli par une sérosité blanchâtre, sans odeur, ou du moins sans fétidité, qui présente à-peu-près l'aspect du petit-lait, et dans

laquelle on voit nager des parcelles de l'exsudation membraniforme.

Plus la pleurésie a été longue, moins cette exsudation a l'apparence fibreuse. Dans les plus chroniques, elle ne paraît plus que comme une couche de matière pultacée ou caséiforme, à-peu-près analogue à la matière blanche qui résulte de la dégénérescence des tubercules. Dans ces cas, le liquide épanché est quelquefois épais, semblable à une bouillie blanchâtre et grumeleuse; ou bien l'on remarque, dans la partie la plus déclive, sur laquelle a reposé le cadavre, ou même sur une grande étendue de la membrane, une couche de matière caséiforme, de plusieurs pouces d'épaisseur, d'une odeur de mucus acide, ou de pâte trop fermentée. Quelquefois ces agrégats inorganiques font apercevoir à leur centre un noyau tellement endurci, qu'il ressemble d'abord à un morceau de plâtre, de terre ou même de pierre. Je ne puis rien avancer sur la nature chimique de ces singuliers produits, n'ayant jamais eu l'occasion d'en faire faire l'analyse. Lorsque les sujets morts de pleurésie chronique étaient d'une constitution sèche, et doués d'un appareil lymphatique vigoureux, on trouvait beaucoup moins de cette matière pultacée que dans les cadavres minces, blonds, et d'un tissu mou et transparent. Quelquefois même l'exsudation membraniforme est entièrement dissoute dans la sérosité, et la plèvre phlogosée paraît à nu sur les parois du foyer.

Dans quelques pleurésies, même des plus chroniques, le produit matériel de l'inflammation réunit toutes les qualités du pus phlegmoneux le mieux conditionné.

Souvent, quoique l'exsudation membraniforme soit fort épaisse, le liquide épanché et mobile dans la cavité est aussi limpide que la sérosité des hydropisies les plus simples. Plus souvent il est rouge, comme s'il était imprégné de la partie colorante du sang (1), sans cesser néanmoins d'être ténu et transparent (2); très-fréquemment il a si peu de rapport avec l'exsudation, qu'on serait tenté de croire que son accumulation aurait eu lieu bien postérieurement à la formation du nouveau tissu, à une époque où la guérison était presque opérée, et qu'il aurait seul produit le décollement des surfaces, la dépression du lobe, et la mort du malade.

Quelquefois j'ai rencontré, dans la cavité de la plèvre, des épanchemens de sang pur, qui semblaient s'être faits quelque temps avant la mort, et à une époque où la fausse membrane et les autres désordres ordinaires aux pleurésies chroniques existaient sans doute depuis plusieurs mois (Voyez *l'Observation XXII*).

---

(1) Ou noirâtre, ainsi que la plèvre même, et c'est toujours le sang qui lui communique cette couleur.

(2) On le trouve aussi comme boueux avec la couleur rouge-noire ou blanchâtre.

Ces épanchemens peuvent encore exister sans que la séreuse présente aucune trace de désorganisation : sa rougeur, sans développement, et l'injection du tissu par lequel elle adhère aux parties, sont les seules traces du surcroît d'action organique qui a fait pleuvoir le sang dans sa cavité. J'ai vu quelques faits de ce genre, et j'ai toujours remarqué que la douleur avait été atroce. Peut-être voudra-t-on rapporter ces cas à la classe des hémorrhagies. Quant à moi, considérant que, dans ces sortes d'affections, il n'y a de sensible à l'extérieur qu'une douleur des parois thoraciques, plus ou moins étendue, avec dyspnée, anxiété et mouvement fébrile, je ne crois pas pouvoir me dispenser de les rapporter aux pleurésies. Quand je considère, en outre, que les hémorrhagies sont produites par les mêmes causes, se traitent de la même manière que les phlegmasies, qu'elles peuvent les compliquer, et qu'elles se transforment souvent en inflammations, je me persuade qu'il est impossible d'étudier avec fruit les premières sans s'occuper en même temps des autres.

Quelle que soit la nature du fluide épanché, qu'il soit aqueux, lymphatique, purulent, qu'il ait l'apparence du petit-lait, qu'il soit plus ou moins chargé du détritus de l'exsudation membraniforme, ou de la matière pultacée d'aspect caséeux, etc., fort souvent on le voit mêlé de sang liquide, entier, ou décomposé et réduit en grumeaux; nouvelle preuve de la facilité avec laquelle

le mouvement organique qui produit les hémorrhagies se combine avec celui qui entretient l'inflammation.

Toutes les fois que la plèvre n'est ni sphacelée, ni perforée, l'humeur qu'elle contient n'est point fétide : on est seulement frappé d'une vapeur acide, analogue à celle du mucus en fermentation, et d'une odeur animale qui est commune à tous les tissus du cadavre. Mais si l'air a pu pénétrer dans le liquide épanché, ce qui coïncide souvent avec la gangrène de la membrane, la cavité paraît inondée d'une sanie horriblement fétide, dont il est impossible de donner les caractères extérieurs avec quelque précision, parce qu'ils sont subordonnés à la nature des matériaux immédiats qui prédominent dans la matière de l'épanchement. On a vu quels symptômes correspondaient à la résorption de ce fluide empoisonné.

Traitement.

Toutes les indications que nous avons établies pour le traitement de la péripneumonie et du catarrhe, se représentent naturellement quand il s'agit de développer les principes qui doivent guider le praticien dans la curation de la pleurésie. Cette similitude nous dispense de répéter ce que nous avons dit dans le chapitre précédent. Nous nous bornerons donc ici à signaler, parmi les moyens appropriés au traitement des phlegmasies san-

guines des organes pectoraux, ceux qui sont le plus particulièrement applicables à la phlogose de la plèvre, d'abord dans l'état aigu, ensuite dans l'état chronique.

Traitement de la pleurésie aiguë.

La saignée générale est beaucoup moins nécessaire à la pleurésie qu'à la péripneumonie; il n'en est pas ainsi des saignées locales: les sangsues, les ventouses scarifiées sont toujours fort utiles aux douleurs pleurétiques (1). L'ouverture des grosses veines devrait être réservée pour les cas où le sujet est dans un état évident de pléthore, et pour ceux où le parenchyme partage ou paraît partager l'irritation de la membrane séreuse. Si l'on veut que les sangsues soient bien efficaces, il faut laisser suinter le sang de leurs piqûres pendant plusieurs heures, et même en favoriser la sortie par des fomentations émollientes appliquées à la température du corps. Un cataplasme composé avec de la farine de graine de lin, la mie de pain, ou autre substance analogue, est encore un excellent moyen pour obtenir promptement la résolution de la phlogose

(1) Ce n'est pas assez dire : on doit toujours les enlever, quand on les attaque dès leur début, si on multiplie suffisamment le nombre des sangsues ou celui des ventouses scarifiées.

membraneuse, et peut suivre immédiatement l'emploi des saignées locales. Enfin, je considère le bain tiède de tout le corps comme pouvant encore tendre à ce but avec une efficacité particulière. Des potions adoucissantes, rendues un peu anodynes, et les boissons légèrement diaphorétiques, indiquées au traitement du catarrhe, seront ensuite données dans l'intention de continuer l'impulsion vers les capillaires de la circonférence, qui s'est établie pendant l'effet du bain (1). Il est inutile d'ajouter que le malade doit être assez couvert pour que le froid extérieur ne puisse entraver l'effet de ces médicamens.

Lés vésicatoires sont généralement considérés comme le remède le mieux approprié aux phlogoses de la plèvre. On observe, en effet, le plus souvent, que la douleur se dissipe à la suite de leur action; mais j'ai remarqué plusieurs fois que cette disparition n'offrait point au médecin une garantie capable de le rassurer sur les suites de la phlegmasie. J'ai vu mourir, avant le terme qu'on assigne aux maladies aiguës (2),

---

(1) Je dois avouer, aujourd'hui, que les diaphorétiques ne m'ont point rendu les services que j'en attendais. Quant au bain, je le redoute, parce qu'il augmente l'oppression, et parce que je crains le refroidissement qui lui succède. Les vastes cataplasmes émolliens peuvent avantageusement être substitués à ces deux moyens.

(2) C'est-à-dire avant quarante jours.

plusieurs pleurétiques auxquels le vésicatoire avait emporté la douleur dès le premier jour, et l'ouverture prouva que l'inflammation de la plèvre n'avait point été enlevée. Dans ces cas, la persévérance de la dyspnée, du malaise, de la fièvre et des autres accidens, suffit pour démontrer que la maladie n'a été que défigurée. Quand le vésicatoire, en dissipant le point pleurétique, procure une diminution considérable de ces mêmes symptômes, on est plus facilement induit en erreur, on se représente la phlogose comme déplacée par une *révulsion* subite; et si, dans la suite, le malade devient phthisique, on n'attribue point sa maladie aux suites de l'inflammation séreuse proprement dite; on se figure bien plus aisément qu'il doit son dépérissement à une atteinte portée au parenchyme lui-même. J'insiste sur ce point, dans l'intime persuasion où je suis qu'une foule de praticiens ont habituellement entre les mains des phthisies par suite de pleurésies, dont ils ont vu et méconnu la formation.

Puisque la disparition du point de côté, par l'effet rubéfiant des cantharides, n'est pas la preuve certaine de la cessation du mouvement phlogistique, lors même que la majeure partie des accidens sont dissipés, le médecin doit être sur ses gardes, et ne pas se croire dispensé d'employer les autres moyens qui conviennent à la maladie, jusqu'à ce que le terme ordinaire de la du-

rée des phlegmasies soit passé (1). Il sera donc nécessaire que le régime soit aqueux et végétal ; que les boissons adoucissantes et légèrement sudorifiques soient continuées ; que le repos, le calme des passions, et les topiques généraux, qui favorisent l'action des capillaires extérieurs, viennent au secours des autres moyens, jusqu'au vingtième ou au trentième jour. Il est même prudent de pousser la précaution plus loin ; et de ne reconduire que par degrés le malade à son régime et à ses anciennes habitudes. En un mot, il n'y a que le rétablissement le plus complet des fonctions qui puisse attester que la phlegmasie de la membrane séreuse est bien terminée.

Comme tous les mouvemens violens et toutes les secousses du tronc sont un obstacle à la formation de l'adhérence qui doit procurer la guérison des pleurésies, il importe beaucoup de recommander le silence et l'immobilité, et de rendre la toux aussi rare qu'il sera possible. Les antiphlogistiques sont les premiers et les plus puissans remèdes de la toux, quand elle provient d'une inflammation bien prononcée ; l'impression de l'air et des corps froids sur la poitrine et sur les bras est une des causes les plus ordinaires du renouvellement des quintes de toux. Les cataplasmes émolliens et les gilets de flanelle

(1) Jusqu'à ce que tous les signes de la maladie soient dissipés.

jamais, avant de l'avoir observé soi-même par la comparaison d'un grand nombre de sujets, combien une fièvre de vingt-quatre heures enlève de forces à un malade déjà languissant, et combien il est difficile de réparer le mal qu'elle a fait.

Ce n'est donc point pendant que la fièvre et la dyspnée annoncent l'état douloureux des poumons (1) que l'on doit entreprendre de réparer par des alimens les pertes du malade. Il faut d'abord laisser l'orage s'apaiser. Si le parenchyme ne souffre que par sympathie, ou par l'effet d'une compression qui n'a pas encore assez duré pour intéresser son organisation, l'apyrexie ne se fera pas long-temps désirer. C'est alors qu'il sera permis de travailler à la restauration du malade : encore ne devra-t-on y procéder qu'avec les précautions que nous avons si instamment recommandées, en traçant les règles du régime qui convient au catarrhe et à la péripneumonie chroniques.

---

(1) On est bien obligé d'accorder des alimens aux malades lorsque la fièvre occasionée par l'inflammation du poumon persiste, et que, malgré son intensité, l'appétit se prononce avec énergie, parce que, dans ces cas, la phlegmasie du poumon est telle que l'abstinence ferait plutôt succomber le malade qu'elle n'éteindrait la fièvre. Il ne s'agit donc ici que des mouvemens fébriles qui s'élèvent tout-à-coup durant le calme d'une pleurésie chronique : la diète en vient ordinairement à bout; mais s'ils lui résistaient, et que l'appétit revînt, on ne pourrait se dispenser de nourrir le malade.

Nous y renvoyons donc nos lecteurs, ainsi qu'à l'article du traitement des phthisiques.

Si quelque douleur opiniâtre dans une région quelconque de la poitrine fait craindre le développement tacite d'une pleurésie, il faut d'abord employer les saignées locales. Les ventouses scarifiées sont ici d'une utilité reconnue : on ne doit pas craindre d'en répéter plusieurs fois l'application, et toujours le plus près possible du lieu souffrant. Les vésicatoires ambulans sont avantageux. Le cautère, placé sur la poitrine, est un moyen de révulsion qu'il ne faut jamais négliger, surtout quand le sujet est d'un tissu peu ferme et sujet aux engorgemens lymphatiques. Viennent ensuite les bains, les frictions, la chaleur modérée de la peau, l'emploi bien ménagé des doux sudorifiques et des diurétiques légers ; l'attention d'entretenir la liberté de toutes les évacuations, sans les forcer. Tous ces moyens doivent être secondés par le repos, l'abstinence de tout effort, le soin de calmer la toux, et surtout par le régime, qui doit nourrir facilement et suffisamment, sans trop stimuler ; ce que nous avons plusieurs fois recommandé.

En persévérant dans cette conduite, pourquoi ne réussirait-on pas à calmer l'irritation, et à empêcher que l'exhalation ne l'emportât assez sur l'absorption pour écarter les surfaces en brisant le tissu qui allait établir leur adhérence? Nul doute qu'on n'y parvienne si la phlogose n'a pas

les caractères de pus sanieux et fétide, et allumer la fièvre hectique, qu'il entretint (1) jusqu'à l'entier épuisement des forces. L'histoire de ce malade est celle de tous les hommes auxquels on pratique l'opération de l'empyème : si on en a sauvé quelques-uns, ce ne pouvait être que ceux qui n'avaient qu'un foyer isolé, circonscrit autour de l'ouverture, ou situé hors de la cavité de la plèvre. Pour moi, je ne croirai jamais qu'une plèvre phlogosée dans presque toute la circonférence du lobe et de la cavité qui le contient, qu'une plèvre altérée par l'air et chargée du détritus de l'exsudation solide, avec dépression et atrophie du lobe, soit susceptible de se rétablir dans l'état physiologique (2).

Si l'air ne remplaçait pas la matière de l'épanchement, celle-ci ne pourrait sortir, avons-nous dit, qu'autant que le développement du lobe comprimé tendrait à remplir l'espace qu'elle occupait. Cette dilatation est possible dans les épanchemens récens et subits; par exemple, à la suite des hémorrhagies accidentelles. Mais peut-on jamais espérer qu'un poumon dégénéré, endurci, imperméable à l'air depuis plusieurs mois, phlogosé, et, peut-être, rempli de tubercules, puisse se déployer au point de remplir la poitrine, et de reprendre ses

(1) Conjointement avec l'inflammation du parenchyme.

(2) Certes, ces guérisons sont rares, mais on ne peut pas les regarder comme impossibles.

anciennes fonctions? En supposant, d'ailleurs, que ce prodigieux changement fût possible, et que des surfaces pleurales écartées depuis long-temps vinssent se remettre en contact, la fausse membrane, dégénérée en corps étranger, ne formerait-elle pas un obstacle invincible au recollement, ou à tout autre mode imaginable de guérison (1)?

Quoique le traitement des pleurésies avancées se réduise fondamentalement aux moyens que nous avons indiqués pour celles qui ne sont que dans leur début, il se présente pourtant des circonstances, plus communes à cette époque qu'à toute autre, qui exigent des moyens particuliers, par exemple, la prédomiuance séreuse qui s'établit dans les pleurésies tout-à-fait indolentes et apyrétiques. Il en résulte un surcroît d'oppression et de dyspnée, auquel on remédie par les apozêmes, les potions diurétiques, par l'oximel, le vin scillitique (2), et par les frictions et onctions avec les mêmes substances.

Les palpitations et autres signes d'affection du cœur exigent le régime anti-phlogistique tant que le malade est vigoureux, que la fraîcheur de son teint, le volume et la consistance de ses chairs, témoignent que la sanguification et l'oxigénation n'ont pas beaucoup souffert. Mais aussitôt que ces

(1) *Voyez* les notes précédentes, pag. 358 et 359.

(2) Ayant égard à la susceptibilité de l'estomac.

forte pleurésie, dont le point était fixé au côté droit de la poitrine. Il entra le lendemain dans une de mes salles. Il y avait fièvre vive, avec un pouls serré, anxiété, toux douloureuse, crachats mucoso-sanguinolens. Cet homme avait eu, neuf ans auparavant, une pleurésie très-violente du même côté, qui s'était jugée par un copieux saignement de nez, quoiqu'il eût été saigné plusieurs fois. Depuis ce temps, le côté était resté sensible, surtout quand le malade portait son sac. Dix sangsues furent appliquées sur le lieu douloureux, et lorsque les piqûres eurent assez saigné, je fis mettre un vésicatoire dessus.

Le point de côté disparut; mais, au lever de l'appareil, on aperçut une escarre gangréneuse, et l'inflammation, qui s'alluma quelques jours après pour la détacher, renouvela les accidens de la pleurésie. Cependant, les cataplasmes émolliens, le régime anti-phlogistique, les adoucissans eurent bientôt dissipé toute cette irritation; et le vingt-neuvième jour, Gayon portait une plaie vermeille, qui promettait de se cicatriser dans peu, et le poumon ne semblait plus malade.

Le trentième jour, retour d'une douleur générale de tout le côté droit de la poitrine, mouvement fébrile, perte d'appétit; la surface de la plaie noircit, et son pus devint séreux. Je jugeai que les alimens solides fatiguaient encore trop les organes. — Régime plus sévère, soupe, crême de riz, simple bouillon le soir; adoucissans, opium.

Ces précautions eurent bientôt rétabli le calme et l'appétit, et la plaie reprit sa fraîcheur.

Telle était sa situation le 30 février, trente-cinquième jour de la maladie. La nourriture fut ensuite augmentée par degrés ; mais en arrivant à la demie, Gayon éprouva un léger mouvement fébrile, qui m'obligea de le remettre au quart avec les petits alimens végétaux et légers.

Quelques jours après, les chairs de la plaie parurent relâchées et exubérantes. On la fomenta avec une décoction de quinquina animée, et nous la vîmes incontinent marcher vers la cicatrisation. Je continuai de le nourrir du mieux possible, et de faciliter la digestion par un peu de vin amer et quelques tasses d'infusion de camomille. Il reprenait force et couleur.

Le 20 mars, symptômes très-prononcés d'embarras gastrique, douleurs de poitrine. Je jugeai qu'il avait été trop nourri : la diète aurait pu suffire pour remédier à l'accident présent ; mais son effet aurait été moins prompt que celui des évacuans (1), et la plaie se gâtait : je prescrivis donc une eau de tamarin stibiée. L'embarras gastrique céda promptement ; mais il fallut beaucoup d'attention et de régime pour en prévenir la récidive, et pour em-

(1) L'expérience m'a convaincu depuis que la diète est plus prompte et plus sûre en pareil cas ; dans celui-ci, l'émétique n'empêcha pas le sujet d'être exposé au retour de l'irritation, disons plus, elle le facilita. Les sangsues ajoutées au régime auraient prévenu tous ces accidens.

pêcher la poitrine d'être douloureuse. Enfin, le calme fut parfaitement rétabli vers le 8 mai, quatre-vingt-quinzième jour de la maladie, qui fut l'époque de la guérison de la plaie. Jusque là, j'avais toujours observé une légère agitation du pouls, assez marquée le soir; et chaque fois que j'avais voulu élever les alimens au-dessus du quart, j'avais vu la douleur de poitrine se renouveler avec toux, le teint s'altérer, la plaie noircir, et menacer de prendre une marche rétrograde.

Pendant les huit ou dix jours qui suivirent la cicatrisation, Gayon parut marcher à grands pas vers son rétablissement; mais, sur la fin de mai, la fréquence du pouls, une chaleur nocturne très-prononcée, le renouvellement de la toux et d'une douleur générale des parois thoraciques droites, quelques céphalalgies, une disposition à la diarrhée avec colique et ténesme, m'avertirent qu'il était instant de diminuer les alimens. Jusqu'au 10 juin, il ne put manger plus que la demie le matin, quart le soir, avec des alimens très-légers.

Cependant son visage reprenait la teinte noirâtre, mêlée d'une nuance couleur de chair, qui lui était naturelle; les muscles redevenaient saillans, et, à quelques douleurs près qui se faisaient sentir dans la poitrine lorsqu'il obéissait trop à son appétit, ou qu'il essayait quelque exercice un peu fatigant, Gayon paraissait bien rétabli. Le 21 juin, il sortit de l'hôpital en très-bonne santé.

Ce militaire s'est présenté à moi deux mois après,

pour obtenir sa réforme, motivée sur ce qu'il ne pouvait soutenir la marche, ni porter son sac sans éprouver des douleurs de poitrine. Nous le jugeâmes, mes collègues et moi, incapable de continuer la vie militaire. Mais le retour parfait de son embonpoint et de sa fraîcheur, le calme de la circulation, l'absence de toute douleur lorsqu'il pouvait vivre tranquille, l'aveu qu'il me fit qu'il se trouvait aussi bien qu'avant sa maladie; tout me persuada que Gayon avait obtenu une guérison complète.

Nous ferons d'abord observer, à l'occasion de cette pleurésie, qu'il peut quelquefois être bien dangereux d'ajouter irritation à irritation. J'avais vu souvent, dans les hôpitaux de la capitale, appliquer les vésicatoires sur les plaies des sangsues pour le traitement des pleurésies aiguës. J'avais moi-même suivi cette pratique à Paris, en Belgique, en Hollande, et toujours sans inconvénient; et la première fois que je voulus en faire l'essai, dans le climat d'Italie, j'en vis résulter de si fâcheuses conséquences, que j'y renonçai désormais pour toujours. Mais à quoi pourrait-on attribuer cette escarre qui fut aperçue à la levée du vésicatoire? elle ne dépendait point d'un principe délétère, car jamais phlegmasie ne fut plus simple que celle dont Gayon était affecté. Elle ne procédait point de la faiblesse de son tempérament, puisque la maladie chronique dans laquelle il est tombé

n'a jamais bien marché qu'à la faveur des médicamens adoucissans et d'une nourriture légère. Quelle cause pouvait donc la provoquer, si ce n'est l'excès d'irritation?

J'avais déjà remarqué, en faisant le service chirurgical dans les hôpitaux de la marine, pendant les années 1, 2, 3, 4 et 5, qu'un emplâtre de cantharides appliqué sur les plaies des vésicatoires des jambes dans les fièvres putrides, afin de prolonger la suppuration, déterminait souvent des escarres gangréneuses de la superficie du derme, et une exfoliation qui rendait la guérison fort longue. J'avais attribué cet effet au principe délétère de la fièvre ou à l'influence du miasme d'hôpital; mais des faits plus récens m'avaient forcé à croire que d'autres causes pouvaient y contribuer. Ayant voulu ranimer des plaies de vésicatoires avec un emplâtre de moutarde, dans des cas où il n'était pas possible de soupçonner la contagion ou l'influence d'un virus délétère, j'avais également provoqué une escarre gangréneuse superficielle. J'avais observé qu'on s'exposait à produire cet effet si l'on réitérait deux fois l'application d'un rubéfiant sur le même endroit, lors même que le premier n'avait point fait soulever de vésicules. J'avais vu plusieurs fois les emplâtres de styrax hâter la gangrène, quand on en couvrait les rougeurs du sacrum et des éminences trochantériennes, à titre d'anti-putride, et pour préserver la partie du sphacèle. Je n'ignorais point

que l'eau végéto-minérale et tous les alcoholiques, qui conviennent si bien dans les brûlures légères, ne manquent point d'éteindre la vitalité de la peau si on les emploie pour fomenter une brûlure considérable. Le rapprochement de ces différens faits m'avait enfin prouvé qu'en irritant une partie enflammée, on pouvait y anéantir la vie, et produire une gangrène par excès d'inflammation, sans que les phénomènes qu'on nous donne comme caractéristiques de l'état inflammatoire fussent élevés à un degré très-éminent. Mais j'étais loin de penser que la simple douleur, sans rougeur, ou seulement avec une injection légère, exposât la partie à perdre ses propriétés vitales si elle était irritée de nouveau. L'accident de Gayon m'en donnait la conviction ; j'en conclus tacitement qu'il était bien facile d'ajouter au danger d'une phlegmasie interne lorsque les moyens qu'on veut lui opposer sont de nature à augmenter les souffrances de la partie affectée (1), et qu'il est bien difficile de déterminer la juste mesure de l'emploi des stimulans dans les maladies longues et asthéniques.

Cette vérité, que j'ai tâché de rendre sensible en développant la théorie des pleurésies chroni-

(1) Qu'on fasse l'application de ceci aux gastro-entérites aiguës que l'on stimule sous le nom de *fièvres putrides* et *adynamiques*.

Pendant ce temps, il toussait beaucoup, expectorait avec abondance des crachats muqueux, sanguinolens ; il vomissait quelquefois par la violence des quintes de toux, et était presque entièrement privé du sommeil. Entré à l'hôpital d'Udine, il me présenta :

Face tiraillée, exprimant la souffrance, dyspnée, respiration bouillonnante avec une secousse convulsive à chaque inspiration, sentiment de compression suffocative; de temps en temps des quintes de toux violente pendant lesquelles il crachait des mucosités très-chargées de sang. La douleur de côté était vive, continuelle, et augmentait tellement au toucher que le malade ne pouvait soutenir la percussion, et que même le poids des couvertures lui était insupportable. Elle s'étendait depuis la troisième côte sternale gauche jusqu'à la dernière des asternales, dans toute la partie antérieure et latérale du thorax. — Pouls fréquent, vif et développé. — Diète sévère, médicamens adoucissans, fomentations émollientes, ou cataplasmes.

Le 27 avril, quatorze jours après son arrivée, plus de chaleur fébrile, la fréquence du pouls au degré de la santé; mais sa vivacité et sa roideur ne correspondent ni aux forces ni au tempérament. La poitrine encore très-douloureuse, les crachats épais et abondans. — Régime végétal, lacté, adoucissant; quelques doses d'opium.

Le 16 mai, apparence d'une entière convalescence. Il avait fallu plusieurs fois diminuer la quan-

tité des alimens, qui, trop promptement augmentés, occasionaient de la dyspnée, des douleurs de poitrine et de la roideur dans le pouls. Il ne peut encore manger que le quart. Pouls toujours un peu roide et vibrant.

Le 1er juin, parfaite santé : la poitrine supporte la percussion, qui n'est pas aussi sonore du côté malade que du côté opposé. Il mange les trois quarts.

Rouvret sortit peu de jours après ; mais, au bout d'un mois, je le vis revenir presque aussi souffrant qu'à sa première entrée. Les mêmes moyens furent employés avec le même succès ; et je l'ai perdu de vue assez bien portant, mais aspirant à sa réforme, parce qu'il ne pouvait se livrer aux exercices militaires sans être exposé au retour des symptômes du catarrhe et de la pleurésie.

Si nous osons accorder quelque confiance aux signes extérieurs, nous devons reconnaître chez ce malade une pleurésie chronique de dix-huit mois, qui se complique tout-à-coup de la phlogose du parenchyme. Cette phlogose a été apaisée par le régime et les médicamens anti-phlogistiques ; mais la pleurésie n'était pas bien guérie, comme l'a prouvé cette rechute survenue deux mois plus tard.

Ces irritations passagères du parenchyme, qui ramenaient toujours la fièvre, dépendaient-elles

de la compression que lui faisait éprouver l'épanchement ? le son déjà obtus du côté malade me le fait présumer. Je pense aussi que si le teint conservait encore un bon aspect, c'est parce que la dépression du lobe était peu considérable. C'est aussi, selon moi, parce qu'il jouissait encore de toute son intégrité que le poumon témoignait si vivement sa souffrance aussitôt que la collection augmentait un peu plus vite qu'à l'ordinaire, ou bien lorsque la pléthore et les exercices qui accélèrent la circulation lui causaient tout-à-coup un gonflement extraordinaire.

Mais si la collection était déjà assez considérable pour produire l'effet dont nous parlons, elle avait brisé les adhérences, et transformé la matière qui les devait former en corps inorganiques, en vrais corps étrangers. Ainsi, quoique la maladie eût à peine détérioré les principaux appareils, elle devait déjà être incurable (1). — Je le présume aussi. Néanmoins, serait-il impossible que ces courtes phlogoses du poumon ne fussent autre chose que l'effet sympathique de l'irritation soufferte par la plèvre ? où bien les fibres de la nouvelle adhérence ne pouvaient-elles, sans se rompre, céder assez pour permettre au fluide exhalé de comprimer le parenchyme, et revenir ensuite sur elles-mêmes à mesure qu'il était résorbé ? Qui l'o-

(1) J'ai réfuté cette assertion dans les notes des pages 358 et 359.

serait espérer? Cependant, nous savons que la partie la plus séreuse de l'épanchement peut être enlevée par les absorbans (Voyez *l'Observation XIX*); et plusieurs autopsies nous ont fait voir que les adhérences se prolongeaient quelquefois beaucoup avant de se rompre.

Quoi qu'il en soit, l'histoire de Gayon (*Observation XXXIV*) nous a prouvé que plusieurs exaspérations fébriles n'interdisaient pas l'espoir de guérison. Nous savons désormais que c'est par un régime sévère et par les anti-phlogistiques qu'on rétablit les malades dans l'état d'apyrexie; que c'est par les alimens doux, gélatineux, mais assez ménagés pour ne pas trop hâter le retour de la pléthore, et en épargnant aux malades le stimulus des médicamens incendiaires, que nous entretenons cette apyrexie. Plus les faits s'accumulent, plus nous nous convainquons que, prolonger cet état, c'est prolonger la vie: ainsi, soit que nous espérions de guérir, soit que nous ne voulions qu'alléger les souffrances et reculer le moment fatal, nous devons toujours suivre le même plan.

Depuis que l'expérience m'a convaincu de cette vérité, je ne m'en suis jamais écarté dans le traitement des maladies chroniques de la poitrine que je rapportais aux pleurésies chroniques. J'ai dit que ces affections ne sont point rares, surtout dans les hôpitaux militaires. J'en avais habituellement trois ou quatre à la fois dans mon service.

Gayon est le seul que j'aie regardé comme guéri. Quant aux autres, je les ai tellement soulagés, qu'ils se sont crus plusieurs fois rétablis; j'avais coutume de leur prouver le contraire en leur permettant de faire une promenade hors de l'hôpital, ou en leur augmentant tout-à-coup la nourriture. Il en résultait toujours un surcroît de dyspnée, avec un degré quelconque de fièvre, qui les rendait plus dociles, et les engageait à se soumettre plus patiemment au traitement que je leur avais annoncé comme pouvant seul leur convenir. Parmi ces malades, abstraction faite de ceux qui sont morts, et dont j'ai rapporté l'ouverture, les uns sont restés à l'hôpital dans un état désespéré, après avoir éprouvé plusieurs retours de l'état fébrile, ordinairement par leur faute; les autres, plus dociles, ou moins gravement affectés, ont repris assez de vigueur pour quitter l'hôpital, et profiter des réformes qui se faisaient de temps à autre dans leurs régimens. Comme tous ces cas offraient la plus grande uniformité, je me contenterai d'en rapporter un seul, pour donner un nouvel exemple de l'influence des agens extérieurs sur la marche des pleurésies chroniques (1).

---

(1) Les personnes de mauvaise foi ont argué, du petit nombre de guérisons rapportées dans cet ouvrage, que la pratique de l'auteur a été malheureuse. Ce raisonnement est absurde; il ne tenait qu'à moi de faire tout le contraire, car il n'est point de médecin qui ne puisse, quand il lui plaît,

XXXVIe OBSERVATION.

Pleurésie chronique.

Rivet, âgé de vingt-un ans, brun, charnu et robuste, en faisant route de la Bretagne pour rejoindre son corps en Hollande, dans le mois de février 1806, contracta, par l'influence du froid, des douleurs qui, après s'être promenées sur diverses parties du tronc, se fixèrent enfin au côté gauche de la poitrine, depuis la dernière côte asternale jusqu'à l'éminence xiphoïde. A compter de cette époque, il eut toujours la respiration pénible pendant la marche, ou en montant les degrés, et les secousses de la toux et de l'éternuement lui faisaient sentir une vive douleur au lieu affecté.

Quatre mois et dix-huit jours se passèrent sans autre incommodité. Le 13 juillet, il se déclara un mouvement fébrile des plus violens, accompagné des symptômes locaux qui caractérisent la pleuro-péripneumonie; et le cinquième jour de cet accident, le malade entra à l'hôpital militaire d'Udine.

Il fut saigné deux fois du bras, et comme la toux était toujours forte et fréquente, l'expectoration claire et difficile, et que la douleur ne perdait rien de son intensité, je fis appliquer des sangsues sur le côté souffrant. Le régime et les médicamens

---

composer des volumes avec ses guérisons; mais je voulais être utile, et non pas me vanter pour attirer des cliens.

comme incapable de soutenir les fatigues de la vie militaire. A l'époque de son départ, il était en plus mauvais état qu'au moment où il avait abandonné l'hôpital.

Ces traitemens sont encore les plus heureux dont jusqu'ici je puisse offrir l'exemple. Je ne doute pas que, par la suite, on n'obtienne des guérisons de pleurésies chroniques, en apparence plus désespérées, si l'on persévère dans le traitement adoucissant et négatif que j'ai proposé; car il est impossible de déterminer *à priori* combien de temps il faut à la phlogose pour altérer un tissu d'une manière irréparable. Ce n'est que par le rapprochement d'un grand nombre de faits qu'on obtiendra sur cette question des données capables de porter dans la théorie des phlegmasies le degré de certitude que réclament l'importance et l'utilité de notre art (1).

---

(1) En effet, la nature a mille manières de corriger la désorganisation ou de suppléer à ce qui est détérioré, et je guéris aujourd'hui des pleurésies chroniques dont j'aurais autrefois désespéré. C'est à la répétition des sangsues dans le principe, et des moxas dans l'état plus avancé, que je suis redevable de ces succès; car je n'ai rien trouvé à perfectionner dans le régime qui est ici recommandé pour les phlegmasies chroniques de la poitrine.

RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DES PLEURÉSIES.

1°. *Causes.*

Elles sont immédiates ou médiates, 1°. *Immédiates, ou agissant directement sur la plèvre.* Nous y trouvons les contusions, les efforts, les cris outrés, la toux violente, les blessures de la plèvre, l'introduction des corps étrangers dans la cavité thoracique, en un mot toutes les violences extérieures qui peuvent léser les viscères de la poitrine. Ces causes produisent, le plus souvent, des pleurésies qui débutent tacitement et tendent à rester chroniques. 2°. *Médiates, ou n'influençant la plèvre que par la modification d'un autre appareil.* Ici se rangent l'action du froid sur la peau ou dans l'estomac; cause qui opère brusquement et produit de violentes pleurésies; le frisson des fièvres et celui que provoquent les affections morales, ainsi que les congestions sanguines que ces affections peuvent déterminer dans le tissu pulmonaire. Il en résulte des pleurésies latentes et chroniques, plutôt qu'évidentes et aiguës. — L'énergie de ces causes est augmentée par l'état de pléthore et d'irritabilité permanente, quels qu'en soient l'origine et l'aliment, et par l'étroitesse de la cavité thoracique, surtout dans les sujets sanguins et bien développés d'ailleurs.

2°. *Développement.*

1°. Si la pleurésie procède d'une cause active chez un sujet vigoureux, elle débute par le frisson, la fièvre, un point de côté violent, une toux forte et sèche, que la douleur suspend. Dans son plus haut degré, et lorsque la phlogose occupe en même temps les deux cavités ou la séreuse du cœur, douleurs universelles du thorax, plus vives à la région du cœur, augmentant à toutes les secousses du tronc ; immobilité de la poitrine, anxiété effrayante, faiblesse de la circulation. 2°. Lorsque la pleurésie vient d'une cause peu active et chez un sujet affaibli, elle se développe par une douleur de poitrine, d'abord vague ou à peine sensible, sans fièvre, et qui prend enfin le caractère propre à cette maladie ; ou, plus perfide encore, elle existe long-temps sans fréquence du pouls, sans douleur, et ne se manifeste que par le son obtus qui indique la collection du produit de la phlogose.

3°. *Marche et progrès.*

1°. La pleurésie aiguë, mal traitée ou intervertie dans sa marche par l'excès ou le défaut des forces du malade, peut dégénérer en chronique (1). On observe alors cessation ou diminu-

---

(1) Il n'est pas bien prouvé que la débilité s'oppose à la guérison des phlegmasies des viscères d'une manière directe;

tion du point douloureux, son extension dans toute la cavité, apparence de rétablissement; mais persévérance de la fréquence du pouls, défaut du rétablissement des forces et de la couleur de la santé; retour de dyspnée, de fièvre, et des symptômes de la pleuro-péripneumonie, à l'occasion de tous les excès; *son* plus ou moins obtus et plein rendu par la cavité malade quand on la percute. A ce degré, il n'y a plus d'autre terminaison possible que la mort (1). 2°. La pleurésie provenue d'une cause cachée ou peu active peut, au bout d'un certain temps, se trouver semblable à celle qui succède à l'aiguë; quelquefois elle est beaucoup moins évidente, et ne se reconnaît que par un dépérissement qui coïncide avec le défaut de résonnement de l'une ou des deux cavités.

4°. *Terminaison et désordres organiques.*

1°. Toute pleurésie qui guérit à la suite du premier effort inflammatoire, c'est-à-dire, dans les trois premiers septénaires, se termine par l'adhérence des surfaces phlogosées. 2°. Celles qui

---

c'est plutôt en les laissant exposées sans réaction l'influence du froid et de quelques autres causes capables de déterminer de nouvelles congestions à l'intérieur, qu'elle peut donner lieu à la prolongation de ces maladies.

(1) J'ai infirmé plus haut cette sentence trop rigoureuse.

sont mortelles, dans ce même espace de temps, laissent à leur suite la plèvre rouge, épaissie, couverte d'une exsudation membraniforme, c'est-à-dire, conservant des vestiges d'organisation, et une sérosité lactiforme, plus ou moins chargée de flocons blancs ou jaunâtres. Dans quelques cas, on trouve un pus semblable à celui du phlegmon, et quelquefois du sang indécomposé, ou partagé en caillots et en sérum. 3°. Les pleurésies peuvent être considérées comme chroniques au bout de cinquante à soixante jours; mais leur plus longue durée est encore à déterminer : on les voit se prolonger au-delà de trois ans (1). Les pleurésies sont guérissables jusqu'à une époque qui n'est pas encore déterminée, mais qui est présumée ne pas dépasser deux à trois mois (2). La guérison s'opère encore par une adhérence. 5°. Les pleurésies très-chroniques, avec défaut de résonnement du côté affecté, celles, surtout, qui ont eu un développement obscur, sont nécessairement mortelles; plus il y a eu de retour de l'état aigu avec les signes de la phlogose du parenchyme, plus tôt la vie est terminée : ainsi les plus apyrétiques sont les plus longues. 6°. Lorsque les pleurésies chroniques ont été souvent fébriles, l'induration et les tubercules secs ou suppurés du pa-

(1) J'en ai vu de bien plus longues encore; mais elles finissent ordinairement par la phthisie.

(2) Elle s'étend beaucoup au-delà de ce terme.

renchyme, coexistent avec les désordres de la séreuse. Ces désordres, également propres aux pleurésies les plus simples et aux plus compliquées, sont, outre ceux qui appartiennent à l'état aigu, la dégénérescence lardacée, de petits dépôts tuberculeux dans le tissu de la plèvre, la décomposition de la fausse membrane, et sa réduction en matière pulpeuse, caséiforme, des masses plus ou moins considérables de cette matière dans la partie la plus déclive du foyer, ou étendues en nappe sur la membrane séreuse. 7°. Lorsque la fièvre a été violente avant la terminaison, l'anxiété considérable, le dépérissement rapide, et les excrétions très-fétides, on rencontre parfois la plèvre pulmonaire gangrénée, et même perforée par un ulcère du parenchyme, qui communique avec le fluide de la cavité : alors ce liquide est décomposé et d'une fétidité repoussante.

5°. *Méthode curative.*

1°. On concourt à diminuer la violence de l'inflammation, dans l'état aigu et dans les exaspérations passagères de l'état chronique, par les saignées générales, et surtout locales, par la diète la plus sévère, et par les boissons aqueuses, mucilagineuses et acidules. 2°. On détourne l'irritation et les fluides du lieu phlogosé, et l'on favorise la formation de l'adhérence par les fomentations chaudes, et par tous les moyens qui main-

tiennent la peau dans une douce chaleur, par les frictions, les bains, les vésicans et les rubéfians, par le repos le plus absolu, et par les narcotiques. 3°. On continue d'agir de la même manière dans les cas de pleurésies chroniques apyrétiques, en observant surtout de nourrir et de réparer les forces, sans exciter la fièvre : on joint alors aux moyens indiqués les exutoires ou les suppurations artificielles.

6°. *Complications.*

De toutes les maladies qui peuvent compliquer la pleurésie, la péricardite et la pneumonie sont les plus ordinaires. C'est pourquoi j'ai été forcé de faire marcher de concert les descriptions de ces trois maladies. Quant aux autres phlegmasies, elles sont reconnaissables si elles arrivent par leurs signes propres, quelquefois même deviendront-elles assez prédominantes pour masquer la pleurésie. — La complication des fièvres intermittentes exige la suppression la plus prompte des accès. — Les fièvres continues peuvent sans doute compliquer la pleurésie ; celles qui sont avec exaltation des forces la rendront plus évidente, et n'exigeront pas un traitement différent. Les adynamiques et les ataxiques pourront la masquer, et ajouteront au danger qu'elle comporte (1). On

(1) Ces maladies n'étant elles-mêmes que des phlegmasies,

les combattra donc, d'abord par le traitement qui leur est propre, en observant pourtant de suspendre les stimulans au moment où les symptômes pectoraux paraîtront s'exaspérer. — La fièvre terminée, la pleurésie devra être traitée comme nous avons conseillé de le faire dans tous les cas où elle est chronique et insidieuse.

ADDITION SUR LES PLEURÉSIES.

Ayant à chaque instant occasion d'observer la pleurésie, je puis ajouter quelque chose à ce qu'on vient de lire.

Les pleurésies aiguës qui n'ont pas été arrêtées dès leur début par les sangsues, etc., produisent ordinairement un épanchement qui se résout peu à peu dans l'espace de quelques semaines, comme l'a très-bien remarqué le docteur Laennec. Pendant cet intervalle elles sont sans fièvre, et la diminution du sommet, ainsi que le développement graduel du côté affecté qui s'était d'abord affaissé, indiquent cette heureuse terminaison : on la favorise par les exutoires placés sur le lieu malade; et s'il survient un mouvement fébrile, on peut revenir aux applications des sangsues.

Le sommet du lobe opposé est exposé pendant

---

ne peuvent apporter aucun changement au traitement conseillé en général pour les pleurésies et pour toutes les autres inflammations de la poitrine.

ce temps à contracter de l'inflammation : dans ces cas, le pouls devient fébrile et s'élargit ; le son paraît moins clair au-dessous de la clavicule, et le cylindre du docteur Laennec y fait sentir une sorte de râle qui dépend de la mucosité sécrétée dans la cavité des bronches. — On remédie à cet incident, et l'on prévient le développement d'une pneumonie carniculaire qui conduirait à la phthisie, par des applications de sangsues sous la clavicule et par la diète.

L'abondance de la collection pleurétique peut, quand elle occupe la cavité gauche, repousser le cœur à droite, et faire sentir les battemens jusqu'au-dessous des mamelons, ainsi qu'on l'a pu voir dans l'observation de Pelegrin. Ce cas est grave ; les malades sont suffoqués par la compression du cœur et par la congestion du sang dans le poumon droit, qui s'enflamme et suppure ; surtout dans la région supérieure. — Les sangsues, qui sont si avantageuses dans le principe, ne sont pas le meilleur remède de cette complication lorsque la maladie est déjà très-chronique ; j'ai même cru remarquer qu'elles pouvaient augmenter l'épanchement en produisant l'affaissement du parenchyme déjà trop déprimé. Malgré les inconvéniens attachés à l'opération de l'empyème, je ne sais si, dans ce cas, elle ne conviendrait pas pour modérer la dyspnée, qui est excessive, et pour prolonger au moins de quelques jours la vie du malheureux patient. Mais j'a-

voue que je n'ai pas encore osé tenter un pareil moyen.

Quelquefois l'inflammation perfore la plèvre costale, et l'épanchement se prononce à l'extérieur par une tumeur fluctuante, sans changement de couleur à la peau, et qui se manifeste au milieu du sommet. — J'ai quelquefois arrêté les progrès de semblables tumeurs par une trentaine de moxas placés dessus ainsi qu'à son pourtour, et secondés par des frictions d'onguent napolitain, par les diurétiques, et par une diète proportionnée aux forces du malade.

Mais si malheureusement ces moyens sont employés trop tard, il se fait une infiltration purulente dans tout le tissu cellulaire sous-cutané du côté malade; la peau se crève dans le lieu le plus enflammé; il s'établit une fistule qui donne un pus très-fétide; la fièvre hectique s'allume et le malade périt dans un état de consomption. L'ouverture montre toujours, indépendamment des désordres inflammatoires de la plèvre, des poumons, des côtés, des ligamens, des traces de phlegmasie dans la membrane interne du canal de la digestion.

Que de maux ne peut-on pas prévenir en arrêtant les pleurésies dès leur début par des saignées locales, répétées et suivies des vésicatoires! Cette pratique est toujours heureuse, tandis qu'en laissant marcher la maladie, et attendant les crises, on est presque certain de laisser un noyau de phlegmasie

chronique et de désorganisation inévitable. Il n'est point d'années que nous n'ayons occasion, dans les hôpitaux militaires, de réformer un grand nombre de militaires qui se retirent chez eux avec une collection remplissant une des cavités du thorax, et toujours parce qu'ils ont dissimulé leurs souffrances pendant plusieurs jours, espérant, selon leurs expressions, que *le mal se passerait comme il était venu*. Il faut avouer cependant que les anciens militaires ne commettent pas ces imprudences, et que nous n'avons qu'à nous louer de la confiance qu'ils nous témoignent. Mais il n'en est pas ainsi des recrues, qui ne trompent que trop souvent la vigilance des chirurgiens-majors de leurs régimens.

FIN DU PREMIER VOLUME.

TABLE

DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

PROLÉGOMÈNES.

SECTION PREMIÈRE.

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

